

**PARTISIPASI MASYARAKAT DALAM PENGENDALIAN VEKTOR
DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS TURIKALE KABUPATEN MAROS
TAHUN 2019**



Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Meraih Gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat Prodi Kesehatan Masyarakat
Pada Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
UIN Alauddin Makassar

Oleh:

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
VIKA YULIANDIRA
70200115010
ALAUDDIN
MAKASSAR

**JURUSAN KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UIN ALAUDDIN MAKASSAR
TAHUN 2019**

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Mahasiswa yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Vika Yuliandira
NIM : 70200115010
Tempat/Tanggal Lahir : Ujung Pandang/ 02 Juli 1997
Prodi : Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Kesehatan Lingkungan
Fakultas : Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Alamat : BTN Minasa Upa Blok K1/9
Judul : Partisipasi Masyarakat dalam Pengendalian
Vektor Demam Berdarah Dengue (DBD) Di
Wilayah Kerja Puskesmas Turikale Kabupaten
Maros Tahun 2019

Menyatakan dengan sesungguhnya dan penuh kesadaran bahwa skripsi ini benar adalah karya sendiri. Jika dikemudian hari terbukti bahwa ia merupakan duplikat, tiruan, plagiat, atau dibuat oleh orang lain, sebagian atau seluruhnya, maka skripsi dan gelar diperoleh karenanya batal demi hukum

Samata-Gowa, November 2019

Penyusun,



Vika Yuliandira

70200115010

PENGESAHAN SKRIPSI

Skripsi yang berjudul, “Partisipasi Masyarakat Dalam Pengendalian Vektor Demam Berdarah *Dengue* (DBD) di Wilayah Kerja Puskesmas Turikale Kabupaten Maros Tahun 2019”, yang disusun oleh Vika Yuliandira, NIM: 70200115010, Mahasiswa Jurusan Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar, telah diuji dan dipertahankan dalam sidang skripsi yang diselenggarakan pada hari kamis, 6 November 2019, dinyatakan telah dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat.

Samata-Gowa, 06 November 2019

9 Rabiul Awal 1441 H

DEWAN PENGUJI

Ketua	: Dr. dr. Syatirah, Sp. A. M.Kes	(.....)
Sekretaris	: Ahd. Majid HR Lagu, SKM., M.Kes	(.....)
Pembimbing I	: Dr. Andi Susilawaty, S.Si., M.Kes	(.....)
Pembimbing II	: Nurdianah, SKM., MPH	(.....)
Penguji I	: Syahrul Basri, SKM., M.Kes	(.....)
Penguji II	: Prof. Dr. H. M. Dahlan M., M.Ag	(.....)

Diketahui Oleh:

Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
UIN Alauddin Makassar



Dr. dr. Syatirah, Sp. A. M.Kes
NIP. 19800701 200604 2 002

KATA PENGANTAR



Dengan menyebut nama Allah SWT yang Maha Pengasih lagi Maha Penayang, segala puji hanya milik Allah SWT dan kami panjatkan puja dan puji syukur atas kehadiran-Nya, yang telah melimpahkan rahmat, hidayah, dan inayah-Nya kepada kami, serta shalawat dan salam selalu tercurahkan kepada Rasulullah SAW. Berkat limpahan dan rahmat-Nya kami sebagai penyusun mampu menyelesaikan Skripsi dengan judul “Partisipasi Masyarakat Dalam Pengendalian Vektor Demam Berdarah *Dengue* Di Wlayah Kerja Puskesmas Turikale Kecamatan Turikale Kabupaten Maros Tahun 2019”. Guna memenuhi persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan S1 pada Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Adapun kekurangan dalam skripsi ini merupakan keterbatasan dari penulis sebagai manusia dan hamba Allah. Dimana, kesempurnaan semata-mata hanyalah milik Allah Swt. Namun dengan segala kerendahan hati, penulis mempersembahkan skripsi ini sebagai hasil usaha dan kerja keras yang telah penulis lakukan dan berharap semoga hasil penelitian ini dapat memberi manfaat bagi kita semua.

Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sangatlah sulit bagi penulis untuk menghadapi berbagai rintangan dan hambatan dalam proses penyusunan skripsi ini. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih yang setulus-tulusnya kepada Ayahanda Almarhum Abdul Ganing dan Ibunda Halimah Arief, serta saudara-saudaraku Vivi Arisma Lestari SE, Dirfan Fitrawansyah dan Budiwansyah yang dengan tulus mendoakan, memberikan dukungan baik dari segi moril maupun materil dan semangat sehingga penulis merasa kuat menjalani kehidupan ini.

Pada kesempatan ini juga penulis ingin menyampaikan terima kasih sebesar-besarnya kepada Yth:

1. Bapak Prof. Drs. Hamdan Juhanis M.A, Ph.D selaku Rektor Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar dan para Wakil Rektor I, II dan III.

2. Ibu Dr. dr. Syatirah Djalaluddin, M.Kes., Sp.A, selaku Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar dan para Wakil Dekan I, II dan III.
3. Bapak Abd.Madjid HR.Lagu,SKM.,M.Kes, selaku Ketua Jurusan Kesehatan Masyarakat dan Ibu Emmi Bujawati, SKM., M.Kes, selaku sekretaris Jurusan Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar.
4. Ibu Dr. Andi Susilawaty, S.Si.,M.Kes selaku Dosen Pembimbing I dan Ibu Nurdiyanah S, SKM., M.Kes selaku dosen Pembimbing II yang telah dengan ikhlas meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Bapak Syahrul Basri, SKM., M.Kes selaku Dosen Penguji Kompetensi dan Bapak Prof. Dr. H. M. Dahlan, M.Ag selaku Dosen penguji Integrasi Keislaman yang telah banyak memberikan masukan kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
6. Seluruh Bapak dan Ibu Dosen Prodi Jurusan Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar yang telah memberikan ilmu yang bermanfaat selama proses studi. Serta segenap staf Tata Usaha di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar yang banyak berjasa dalam proses penyelesaian administrasi selama perkuliahan hingga penyelesaian skripsi ini.

7. Kepala Puskesmas Turikale, P2DBD, Penanggung jawab Kesehatan lingkungan serta staf yang telah memberi izin dan membantu peneliti dalam segala proses penelitian.
8. Kepala Kecamatan Turikale, Kepala Kelurahan, Sekretaris Kelurahan Adatongeng, Para pegawai serta staf dan para responden yang telah memberikan izin serta kemudahan kepada penulis selama melakukan penelitian di Kelurahan Adatongeng.
9. Saudara-saudaraku COVIVERA, Kesmas A, peminatan Kesling, PBL Posko 10 Desa Pattallassang Kec. Pattallassang Kab. Gowa, KKN angkatan 60 terkhusus Posko 8 di Kelurahan Onto di Kec. Bantaeng Kab. Bantaeng yang selalu memberikan dukungan serta memberikan semangat sehingga penulis merasa kuat dan tidak pernah lupa untuk menyelesaikan skripsi ini.
10. Kepada sahabat-sahabatku tercinta 9irls (Ridha Awaliah, Marlina Malik, Nurinzana, Suharda Chabirah, Nurul Iffah, Rezki Rahmatullah, Andi Nurhana Magfirah, dan Aisyah Syahrudin) yang selalu setia menemani baik suka maupun duka dan memberi dukungan, mengingatkan, membantu serta menyemangati. Semoga persahabatan yang telah dibangun selama perkuliahan kita bisa membawa hubungan silaturahmi diantara jarak dan waktu tetap terjaga.
11. Kepada sahabat-sahabatku Keluarga Senjaalist yang selalu menemani dalam segala situasi, membantu dalam banyak hal serta menyemangati penulis disaat-saat sulit dan selalu meluangkan waktu menemani penulis dalam penelitian dan pengerjaan skripsi.

12. Kepada Aidil Fajri yang selalu setia menemani dan mendampingi selama proses penelitian dan penulisan skripsi, membantu dalam banyak hal.
13. Serta semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu. Terima Kasih atas semuanya yang telah memberi warna dalam setiap langkah dan tindakan yang penulis lalui.

Atas segala bentuk perhatian dan bantuan dari semua pihak yang ikut berkontribusi dalam penulisan ini, penulis menghaturkan doa kepada Allah swt. semoga diberikan balasan oleh-Nya dengan pahala yang berlipat ganda.

Dengan penuh kerendahan hati, penulis mengharapkan kritikan dan saran yang membangun guna penyempurnaan penulisan skripsi. Akhirnya penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang membacanya. Amin

Makassar, September 2019

Penulis

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R

VIKA YULIANDIRA

NIM 70200115010

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	i
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
ABSTRAK	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Hipotesis.....	4
D. Definisi Operasional.....	5
E. Kajian Pustaka.....	9
F. Tujuan Penelitian	11
BAB II TINJAUAN TEORITIS	
A. Tinjauan Umum Demam Berdarah <i>Dengue</i> (DBD).....	13
B. Tinjauan Umum Partisipasi.....	29
C. Kerangka Teori.....	42
D. Kerangka Konsep	43

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Lokasi Penelitian	44
B. Desain Penelitian.....	45
C. Tahapan Penelitian.....	45

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	51
B. Hasil Penelitian	53
1. Penelitian Kualitatif	53
2. Penelitian Kuantitatif	66
D. Pembahasan.....	94
1. Penentuan Program Intervensi	94
2. Pelaksanaan Program Intervensi	95
3. Karakteristik Responden	98
4. Pengetahuan	99
5. Sikap.....	103
6. Tindakan.....	106
7. Kepadatan Jentik	108

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan Penelitian	112
B. Saran Penelitian	113
C. Keterbatasan Penelitian	113

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Kriteria Kepadatan Larva Berdasarkan Indeks Jentik.....	8
Tabel 1.2 Kajian Pustaka.....	11
Tabel 4.1 Karakteristik Informan Penelitian Kualitatif.....	53
Tabel 4.2. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	66
Tabel 4.3 Karakteristik Responden Intervensi Berdasarkan Kelompok Umur.....	67
Tabel 4.4 Karakteristik Responden Pembanding Berdasarkan Kelompok Umur.....	67
Tabel 4.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Agama	68
Tabel 4.6 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan	68
Tabel 4.7 Terakhir Karakteristik Responden Berdasarkan Status Perkawinan.....	69
Tabel 4.8 Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan	69
Tabel 4.9 Karakteristik Responden Berdasarkan Tanggungan Keluarga	70
Tabel 4.10 Karakteristik Responden Berdasarkan Penghasilan.....	71
Tabel 4.11 Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Pada Kelompok Intervensi Pre-test.....	72
Tabel 4.12 Distribusi Responden Berdasarkan Sikap Pada Kelompok Intervensi <i>Pre-test</i>	72
Tabel 4.13 Distribusi Responden Berdasarkan Tindakan Pada Kelompok Intervensi <i>Pre-test</i>	73
Tabel 4.14 Distribusi Nilai <i>House Index Pre-test</i>	74
Tabel 4.15 Distribusi Nilai <i>Container Index Pre-test</i>	76
Tabel 4.16 Distribusi Nilai <i>Breteau Index Pre-test</i> Pada Kelompok Intervensi	77
Tabel 4.17 Distribusi Nilai <i>Breteau Index Pre-test</i> Pada Kelompok Pembanding	78
Tabel 4.18 Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan <i>Post-test</i>	79

Tabel 4.19 Distribusi Responden Berdasarkan Sikap <i>Post-test</i>	79
Tabel 4.20 Distribusi Responden Berdasarkan Tindakan <i>Post-test</i>	80
Tabel 4.21 Distribusi Nilai <i>House Index Post-test</i>	80
Tabel 4.22 Distribusi Nilai <i>Container Index Post-test</i>	82
Tabel 4.23 Distribusi Nilai <i>Breiteu Index Post-test</i> Pada Kelompok Intervensi.....	84
Tabel 4.24 Distribusi Nilai <i>Breiteu Index Post-test</i> Pada Kelompok Pembanding.....	85
Tabel 4.25 Uji Distribusi Normal Skor Pre-Post Test.....	86
Tabel 4.26 Rata-Rata Perubahan Pengetahuan	87
Tabel 4.27 Distribusi Analisis Bivariat Pengetahuan	88
Tabel 4.28 Rata-Rata Perubahan Sikap	89
Tabel 4.29 Distribusi Analisis Bivariat Sikap.....	90
Tabel 4.30 Rata-Rata Perubahan Tindakan.....	91
Tabel 4.31 Distribusi Analisis Bivariat Tindakan.....	92
Tabel 4.32 Rata-Rata Perubahan Kepadatan Jentik	93

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Segitiga Epidemiologi	16
Gambar 2.2 Kerangka Teori.....	42
Gambar 2.3 Kerangka Konsep	43
Gambar 3.1 Alur Kegiatan Tahap 1	45
Gambar 3.2 Alur Kegiatan Tahap 2	47
Gambar 3.3 Alur Kegiatan Tahap 3	49
Gambar 4.1 Grafik Perubahan Pengetahuan	101
Gambar 4.2 Grafik Perubahan Sikap	104
Gambar 4.3 Grafik Perubahan Perilaku	107
Gambar 4.4 Grafik Perubahan Kepadatan Jentik.....	109



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 2 Kuesioner Penelitian

Lampiran 3 Pedoman Wawancara

Lampiran 4 Lembar Observasi Pemantauan Jentik

Lampiran 5 Master Tabel

Lampiran 6 Matriks Wawancara

Lampiran 7 Hasil Uji Analisis Univariat dan Bivariat

Lampiran 8 Dokumentasi Hasil Penelitian

Lampiran 9 Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 10 Surat-surat



**PARTISIPASI MASYARAKAT DALAM PENGENDALIAN VEKTOR
DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS TURIKALE KABUPATEN MAROS TAHUN 2019**

¹ **Vika Yuliandira,** ² **Andi Susilawaty,** ³ **Nurdiyanah,S**

^{1,2} *Bagian Kesehatan Lingkungan, Jurusan Kesehatan Masyarakat,
FKIK UIN Alauddin Makassar*

³ *Bagian Promosi Kesehatan, Jurusan Kesehatan Masyarakat, FKIK
UIN Alauddin Makassar*

vikayuliandiracan@gmail.com

Penyakit demam berdarah dengue (DBD) adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh virus *dengue* dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* yang ditandai dengan demam mendadak dua sampai tujuh hari tanpa penyebab yang jelas, lemah atau lesu, gelisah, nyeri ulu hati, disertai dengan tanda-tanda perdarahan di kulit berupa bintik perdarahan (*petechia*), ruam (*purpura*). Pengendalian vektor demam berdarah dengue (DBD) harus didukung partisipasi masyarakat.. Tujuan penelitian adalah mengembangkan model pemberdayaan masyarakat melalui metode *Participatory Action Research* (PAR) dalam pengendalian vektor Demam Berdarah Dengue.. Metode yang digunakan yaitu metode eksperimen semu (Quasi Eksperimen). Teknik pengambilan sampel adalah *Total Sampling*, dengan jumlah sampel 34 responden pada masing-masing kelompok intervensi dan kelompok pembandingan. Hasil penelitian ini menunjukkan dengan adanya program pemberdayaan meningkatkan pengetahuan, sikap, tindakan masyarakat dengan masing-masing nilai *paired t test* = 0.000 pada kelompok intervensi dan nilai *paired t test* pada kelompok pembandingan pada pengetahuan = 0.083, sikap = 0.263 tindakan = 0.063. Dan menurunkan angka kepadatan jentik pada kelompok intervensi yang dilihat dari nilai mean ABJ=48%, HI= 47, CI= 11, BI= 70 lebih tinggi dibanding kelompok pembandingan dengan nilai mean ABJ = 20%, HI=21, CI=3 dan BI=21. Sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa pengetahuan, sikap dan tindakan responden pada kelompok intervensi sesudah di intervensi yaitu ada perbedaan yang nyata, dari pengukuran pertama dan pengukuran kedua. Dari hasil penelitian ini, maka disarankan bagi masyarakat meningkatkan daya minat atau partisipasi pada program pencegahan yang dilakukan oleh pihak puskesmas dan dinas untuk menurunkan atau mengeliminasi kasus demam berdarah di Kabupaten Maros.

Kata Kunci : Demam Berdarah Dengue (DBD), Partisipasi, Teori PAR

COMMUNITY'S PARTICIPATION IN DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER (DHF) VECTOR CONTROL IN THE WORKING AREA OF TURIKALE HEALTH CENTRE OF MAROS REGENCY IN 2019

¹ Vika Yuliandira, ²Andi Susilawaty, ³Nurdiyanah, S

^{1,2} Environmental Health, Public Health Department, Faculty of Medicine and Health Sciences of Alauddin State Islamic University of Makassar

³ Health Promotion, Public Health Department, Faculty of Medicine and Health Sciences of Alauddin State Islamic University of Makassar

vikayuliandiracan@gmail.com

Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) is a communicable disease which is caused by a dengue virus transmitted by *Aedes aegypti* mosquitos. This disease is indicated by symptoms such as sudden high fever around that runs 2-7 days without identifiable warnings, limp, faint, anxiety, heartburn, red spots on skin caused by minor bleed (*petechia*), and rash (*purpura*). Vector control, as one of Dengue Haemorrhagic Fever eradication strategies, will be successful with full participation from community members. This research develops a community empowerment program by using Participatory Action Research (PAR) to eradicate Dengue Haemorrhagic Fever. It employs quasi experimental method to examine the issue. the samples consist of 34 respondents who are selected by using total sampling technique and divided into two groups namely intervention group and comparison group. The research findings reveal that the community empowerment program improves community's knowledge, attitude and action in both groups, as indicated by a paired t test value of = 0.000 in intervention group, and paired t test values of = 0.000 for knowledge, = 0.263 for attitude, and =0.063 for action in the comparison group. The findings also show that the intervention group has successfully decreased more larval density than the comparison group, as indicated by a mean value of ABJ=48% , HI= 47, CI= 11, BI= 70 which is higher than a mean value of ABJ = 20%, HI=21, CI=3 dan BI=21. Therefore, it can be concluded that there is significant difference in the knowledge, attitude, and action of respondents before and after the intervention programs, as signified by the first and second measurement. In conclusion, this research encourages community members to improve their participation in the Dengue Haemorrhagic Fever prevention program held by health centres so that the Dengue Haemorrhagic Fever eradication program can be successful.

Keywords: Dengue Haemorrhagic Fever (DHF), participation, PAR theory

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit demam berdarah dengue (DBD) adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh virus *dengue* dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* yang ditandai dengan demam mendadak dua sampai tujuh hari tanpa penyebab yang jelas, lemah atau lesu, gelisah, nyeri ulu hati, disertai dengan tanda-tanda perdarahan di kulit berupa bintik perdarahan (*petechia*), ruam (*purpura*). Kadang-kadang mimisan, berak darah, muntah darah, kesadaran menurun dan bertendensi menimbulkan renjatan (syok) dan kematian (Lawira, 2015).

Saat ini sekitar 2.5 miliar orang, atau 40% dari populasi dunia, tinggal di daerah yang beresiko terhadap transmisi virus *Dengue*. WHO memperkirakan 50-100 juta infeksi terjadi per tahun, termasuk 500.000 kasus DHF dan 22.000 kematian, sebagian besar pada anak-anak (Purnama 2017).

Tahun 2017 kasus DBD berjumlah 68.407 kasus, dengan jumlah kematian sebanyak 493 orang. Jumlah tersebut menurun cukup drastis dari tahun sebelumnya, yaitu 204.171 kasus dan jumlah kematian sebanyak 1.598 orang. Angka kesakitan DBD tahun 2017 menurun dibandingkan tahun 2016, yaitu dari 78,85 menjadi 26,10 per 100.000 penduduk. Namun, penurunan *case fatality rate* (CFR) dari tahun sebelumnya tidak terlalu tinggi, yaitu 0,78% pada tahun 2016, menjadi 0,72% pada tahun 2017.

Pada tahun 2016 terdapat 10 provinsi dengan angka kesakitan kurang dari 49 per 100.000 penduduk. Provinsi dengan angka kesakitan DBD tertinggi yaitu Sulawesi Selatan sebesar 105,95 per 100.000 penduduk, Sulawesi Selatan yang

sebelumnya berada pada urutan ke-10 provinsi dengan angka kesakitan tertinggi tahun 2016, meningkat menjadi provinsi dengan angka kesakitan tertinggi tahun 2017 (Profil Kesehatan Indonesia).

Berdasarkan profil Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, *Insiden Rate* DBD di Sulawesi Selatan pada tahun 2017 sebesar 19,90 per 100.000 penduduk dengan CFR 0,90%. Angka IR tertinggi adalah Kabupaten Bantaeng 100,33 per 100.00 penduduk, Kota Pare-Pare 75,99 per 100.000 penduduk, Kabupaten Maros 68,38 per 100.000 penduduk.

Kabupaten Maros pada tahun 2015 terdapat 629 kasus DBD yang merupakan peringkat kedua setelah Kabupaten Bone yaitu 777 kasus, pada tahun 2016 terdapat penurunan menjadi 197 kasus di Kabupaten Maros dan 760 kasus di Kabupaten Bone. Namun pada tahun 2017 terjadi peningkatan yang signifikan di Kabupaten Maros yaitu 629 kasus sedangkan Kabupaten Bone mengalami penurunan yang sangat signifikan pula yaitu hanya terdapat 64 kasus.

Berdasarkan data profil kesehatan Kabupaten Maros pada tahun 2017 dan 2018, Puskesmas Turikale merupakan wilayah yang memiliki angka kejadian paling tinggi di Kabupaten Maros yaitu 79 kasus di tahun 2017 dan 54 kasus di tahun 2018 dengan 2 orang meninggal dunia akibat penyakit DBD.

Kegiatan penyuluhan sangat penting dalam meningkatkan partisipasi masyarakat. Kombinasi motivasi internal dan eksternal berpotensi membangkitkan semangat dan me- mobilisasi masyarakat . Intervensi pengendalian vektor berbasis masyarakat lebih efektif mengurangi populasi vektor dengan menggunakan pendekatan terpadu, yang disesuaikan dengan ekologi lokal epidemiologis dan

pengaturan sosial budaya dan dikombinasikan dengan program pendidikan untuk meningkatkan pengetahuan. (Ernawati,2018)

Menurut Poetro dan Alastraire, Partisipasi merupakan keterlibatan yang bersifat spontan disertai tanggung jawab dan kesadaran untuk kepentingan kelompok dalam mencapai kepentingan bersama yang melibatkan komunitas setempat secara aktif dalam pengambilan keputusan pelaksanaannya.

Menurut penelitian Abdul Malik, dari beberapa hasil wawancara di atas tentang pengetahuan yang terdiri dari pengertian, penyebab, gejala dan tanda demam berdarah, 3 M 1 Plus, abate, liflet dan foging di dapatkan informasi bahwa pengetahuan informan tentang pencegahan penyakit demam berdarah cukup baik walaupun didapatkan jawaban yang bervariasi pada setiap informan tetapi pada dasarnya mereka memahai apa yang disebut dengan demam berdarah. Namun dari beberapa informan ada dua informan yang belum memahami tentang pengertian 3 M 1 Plus, abate, liflet, dan foging. (Lawira 2015)

Pengendalian vektor demam berdarah dengue (DBD) harus didukung partisipasi masyarakat. Untuk meningkatkan partisipasinya, masyarakat perlu diberdayakan dengan meningkatkan pengetahuan keterampilannya sehingga dapat mencegah dan meningkatkan kesehatannya berkesinambungan (Trapsilowati, 2015).

Berdasarkan masalah dan fenomena tersebut, peneliti merasa tertarik untuk mengadakan penelitian dengan judul: “Partisipasi Masyarakat dalam Pengendalian Vektor Demam Berdarah Dengue (DBD) di Wilayah Kerja Puskesmas Turikale Kabupaten Maros Pada Tahun 2019”

B. Rumusan Masalah

1. Apakah dengan pemberdayaan masyarakat dengan metode PAR dapat meningkatkan pengetahuan dalam pengendalian vektor DBD?
2. Apakah dengan pemberdayaan masyarakat dengan metode PAR dapat meningkatkan sikap masyarakat dalam pengendalian vektor DBD?
3. Apakah dengan pemberdayaan masyarakat dengan metode PAR dapat meningkatkan tindakan masyarakat dalam pengendalian vektor DBD?
4. Apakah dengan pemberdayaan masyarakat dengan metode PAR dapat mempengaruhi kepadatan jentik nyamuk ?

C. Hipotesis

Berdasarkan latar belakang masalah dan tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah :

H0 :

1. Tidak ada pengaruh antara pemberdayaan masyarakat dengan metode PAR dengan peningkatan pengetahuan
2. Tidak ada pengaruh antara pemberdayaan masyarakat dengan metode PAR dengan peningkatan sikap
3. Tidak ada pengaruh antara pemberdayaan masyarakat dengan metode PAR dengan peningkatan tindakan masyarakat dalam pengendalian vektor DBD
4. Tidak ada pengaruh antara pemberdayaan masyarakat dengan metode PAR dengan keberadaan jentik nyamuk

HA :

1. Ada pengaruh antara pemberdayaan masyarakat dengan metode PAR dengan peningkatan pengetahuan
2. Ada pengaruh antara pemberdayaan masyarakat dengan metode PAR dengan peningkatan sikap
3. Ada pengaruh antara pemberdayaan masyarakat dengan metode PAR dengan peningkatan tindakan masyarakat dalam pengendalian vektor DBD
4. Ada pengaruh antara pemberdayaan masyarakat dengan metode PAR dengan keberadaan jentik nyamuk

D. Definisi Oprasional

1. Pemberdayaan Masyarakat

Definisi operasional : pemberdayaan adalah upaya untuk membuat masyarakat lebih berdaya sehingga mempunyai pengetahuan dan kemampuan untuk berpartisipasi dalam pembangunan kesehatan khususnya pengendalian DBD.

Kriteria objektif : Proses pemberdayaan merupakan intervensi yang belum dapat diukur menurut skala data. Data pendukung pemberdayaan sifatnya kualitatif, analisis dilakukan juga dengan metode kualitatif

2. Pengetahuan

Definisi oprasional : pengetahuan responden tentang DBD, vektor DBD, cara penularan serta cara penanggulangan dan pencegahan. Nilai yang diperoleh berdasarkan jawaban total pada kuesioner/checklist untuk mengukur pengetahuan.

Kriteria objektif : bila jawaban betul nilai 1, dan bila jawaban salah nilai 0. Nilai setiap individu merupakan jumlah jawaban benar pada kuesiner/checklist pengetahuan.

Baik : jika nilai persentasi jawaban responden mendapatkan nilai $\geq 50\%$ dari hasil total presentase jawaban responden pada pertanyaan

Kurang : jika nilai persentasi jawaban responden mendapatkan nilai $< 50\%$ dari hasil total presentase jawaban responden pada pertanyaan

5. Sikap

Definisi oprasional : sikap responden tentang DBD, vektor DBD, cara penularan serta cara penanggulangan dan pencegahan. Nilai yang diperoleh berdasarkan jawaban total pada kuesioner/checklist untuk mengukur pengetahuan.

Kriteria objektif : bila menjawab Sangat Setuju (SS) diberi nilai 4, Setuju (S) diberi nilai 3, Tidak Setuju (TS) diberi nilai 2 dan Sangat Tidak Setuju diberi nilai 1.

Tinggi : jika nilai persentasi jawaban responden mendapatkan nilai $\geq 50\%$ dari hasil total presentase jawaban responden pada pertanyaan

Kurang : jika nilai persentasi jawaban responden mendapatkan nilai $< 50\%$ dari hasil total presentase jawaban responden pada pertanyaan

6. Tindakan

Definisi oprasional : kebiasaan yang sering dilakukan oleh responden yang berhubungan dengan DBD. Nilai yang diperoleh berdasarkan jawaban total pada kuesioner/chechlist untuk mengukur perilaku

Kriteria objektif : bila jawaban mendukung penanggulangan DBD nilai 1, dan bila jawaban tidak mendukung penanggulangan nilai 0. Nilai setiap individu merupakan jumlah jawaban benar pada kuesiner/checklist perilaku.

Tinggi : jika nilai persentasi jawaban responden mendapatkan nilai $\geq 50\%$ dari hasil total presentase jawaban responden pada pertanyaan

Kurang : jika nilai persentasi jawaban responden mendapatkan nilai $< 50\%$ dari hasil total presentase jawaban responden pada pertanyaan

7. Keberadaan Jentik Nyamuk

Definisi Oprasional : Ada atau tidak jentik nyamuk *Aedes aegepty* pada Tempat Penampungan Air (TPA) di rumah responden dan perhitungan angka kepadatan jentik nyamuk *Ae.aegepty* yaitu dengan rumus :

Angka Bebas Jentik :

$$ABJ = \frac{\text{jumlah rumah (-) jentik}}{\text{Jumlah rumah yang diperiksa}} \times 100\%$$

House Index (HI) :

$$HI = \frac{\text{jumlah rumah (+) jentik}}{\text{Jumlah rumah yang diperiksa}} \times 100\%$$

Container Index (CI)

$$CI = \frac{\text{jumlah container (+) jentik}}{\text{Jumlah container yang diperiksa}} \times 100\%$$

Breteu Index (BI)

$$BI = \frac{\text{jumlah container (+) jentik}}{\text{Jumlah jumlah rumah yang diperiksa}} \times 100\%$$

Kriteria Objektif : Diketahui dari lembar observasi kategori : Ada, bila ditemukan jentik nyamuk *Aedes aegypti* pada TPA. Dan tidak ada, bila tidak ditemukan jentik nyamuk *Aedes aegypti* di TPA. Kemudian diberi kategori :

Angka Bebas Jentik (ABJ) memiliki nilai baku mutu yaitu ≥ 95 . Apabila kurang dari nilai tersebut maka tidak memenuhi syarat, sedangkan untuk HI, CI, BI berdasarkan kriteria kepadatan larva berikut ini :

Tabel 1.1 Kriteria Kepadatan Larva Berdasarkan Indeks Jentik

Density Figure	HI	CI	BI	Kategori
1	1-3	1-2	5-4	Rendah
2	4-7	3-5	5-9	Sedang
3	8-17	6-9	10-19	Sedang
4	18-28	10-14	20-34	Sedang
5	29-37	15-20	35-49	Sedang
6	38-49	21-27	50-74	Tinggi
7	50-59	28-31	75-99	Tinggi
8	60-76	32-40	100-199	Tinggi
9	77+	31+	200+	Tinggi

Sumber : WHO 1972

E. Kajian Pustaka

Tabel 1.2

No	Peneliti/Tahun	Judul	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Abdul Malik Lawira / 2015	Peran Keluarga dan Petugas Kesehatan terhadap Penanggulangan Penyakit Demam Berdarah Dengue di Wilayah Puskesmas Talise	Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan menggunakan Pendekatan fenomenologi yaitu mencoba memahami tingkah laku berdasarkan perspektif keluarga dan petugas kesehatan secara mendalam arti tindakan-tindakan serta fenomena yang terjadi dalam kehidupan sehari - hari dalam penanggulangan penyakit demam berdarah dengue	Hasil penelitian tentang pengetahuan keluarga tentang demam berdarah yang terdiri dari pengertian demam berdarah cukup baik tetapi pengetahuan keluarga tentang 3M1Plus, abate, liflet dan foging masih sangat kurang. Sikap keluarga terhadap penaggulangan penyakit demam berdarah menggunakan fasilitas kesehatan untuk mendapatkan pengobatan dan sangat setuju bila petugas kesehatan memberikan penyuluhan tentang penyakit demam berdarah

No	Peneliti/Tahun	Judul	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
2	Lanritaudin, Yusran Haskas, Sumira / 2014	Gambaran Keberdayaan Masyarakat dalam Pengendalian Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi –Kassi Kota Makassar	Penelitian ini menggunakan metode penelitian Deskriptive dengan rancangan penelitian Survey. Pemilihan sampel dilakukan dengan Simple random sampling	Hasil analisis menunjukkan sebagian besar masyarakat masih kurang peduli terhadap upaya pengendalian demam berdarah dengue (DBD), pernyataan ini didukung dengan adanya data sebesar (60,3%). Dapat disimpulkan bahwa semakin baik kepedulian masyarakat terhadap upaya pengendalian penyakit demam berdarah maka semakin besar peluang untuk terhindari penyakit DBD.
3	Wiwik Trapsilowati, Sugeng Juwono Mardihusodo, Yayi Suryo Prabandari, Totok Mardikanto/ 2015	Partisipasi Masyarakat Dalam Pengendalian Vektor Demam Berdarah Dengue di Kota Semarang Provinsi Jawa Tengah	Rancangan penelitian adalah participatory action research serta pengembangan metode pemberdayaan modifikasi metode participatory rural appraisal, participatory learning and action dan communication for behavioural impact yang disebut pemberdayaan masyarakat dalam pengendalian vektor DBD	Pengumpulan data dilakukan dengan pengisian kuesioner dengan skala Likert dan survei jentik. Partisipasi kader DBD dalam peningkatan kapasitas, keterlibatan, kesukarelaan dan lingkup kegiatan dalam kategori sangat baik (skor > 80%). Hasil survei jentik adalah angka bebas jentik cenderung meningkat dari 66,84% menjadi 90,75%, house index menurun dari 33,16 menjadi 9,25, container index

				menurun dari 11,69 menjadi 1,44 dan breteau index menurun dari 41,09
--	--	--	--	--



F. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengembangkan model pemberdayaan masyarakat melalui metode *Participatory Action Research* (PAR) dalam pengendalian vektor Demam Berdarah *Dengue*.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis pengaruh pelaksanaan pemberdayaan masyarakat melalui metode *Participatory Action Research* (PAR) terhadap pengetahuan
- b. Menganalisis pengaruh pelaksanaan pemberdayaan masyarakat melalui metode *Participatory Action Research* (PAR) terhadap sikap
- c. Menganalisis pengaruh pelaksanaan pemberdayaan masyarakat melalui metode *Participatory Action Research* (PAR) terhadap perilaku dalam pengendalian vektor Demam Berdarah *Dengue*
- d. Menganalisis pengaruh pelaksanaan pemberdayaan masyarakat melalui metode *Participatory Action Research* (PAR) terhadap kepadatan jentik nyamuk *Aedes aegypti* di rumah masyarakat

G. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dari penelitian ini adalah :

1. Bagi Peneliti

Penelitian ini merupakan bagian dari proses dan pengalaman belajar yang berharga bagi penulis dalam hal mengembangkan pengetahuan penelitian khususnya pada bidang kesehatan lingkungan, serta dapat menyampaikan kepada masyarakat pentingnya hidup sehat dan sanitasi lingkungan yang baik.

2. Bagi Praktis

Sebagai referensi dan pengetahuan awal dalam hal menambah wawasan untuk masyarakat khususnya iburumahtangga bahwa betapa pentingnya hidup sehat dan menjaga sanitasi lingkungan yang baik.

3. Bagi Ilmiah

Hasil penelitian diharapkan dapat memperkaya khazanah ilmu pengetahuan dan dapat menjadi salah satu bahan bacaan bagi peneliti berikutnya.

4. Bagi Pemerintah

Hasil penelitian nanti ini diharapkan dapat memberikan sumber informasi dan masukan bagi Pemerintah Kabupaten Maros dalam meningkatkan kebersihan hidup sehat dan lingkungan yang baik.

5. Bagi Instansi Kesehatan , Puskesmas Turikale dan Dinas Kesehatan Kab Maros

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan informasi tentang faktor risiko penyakit DBD sehingga dapat dilakukan pencegahan dan penanganan kasus Demam Berdarah *Dengue*.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Tinjauan Umum Demam Berdarah Dengue

1. Pengertian DBD

Demam Berdarah *Dengue* (DBD) adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh virus *Dengue* dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* yang ditandai dengan demam mendadak dua sampai tujuh hari tanpa penyebab yang jelas, lemah atau lesu, gelisah, nyeri, ulu hati, disertai dengan tanda-tanda perdarahan di kulit berupa bintik perdarahan (*petechia*) ruam (*purpura*).

Kadang-kadang mimisan, berak darah, muntah darah, kesadaran menurun. Hal yang dianggap serius pada demam berdarah *dengue* adalah jika muncul perdarahan dan syok-syok / renitian.

Fever Dengue (DF) adalah penyakit feбри-virus akut, seringkali ditandai dengan sakit kepala, nyeri tulang atau sendi dan otot, ruam dan leukopenia sebagai gejalanya. Demam berdarah *dengue* (*Dengue Hemoragik Frefer* /DHF) ditandai dengan empat gejala klinik utama : demam tinggi/suhu meningkat tiba-tiba, sakit kepala supra, nyeri otot dan tulang belakang, sakit perut dan diare, mual dan muntah. Fenomena hemoragi sering dengan hepatomegali dan pada kasus berat disertai dengan tanda-tanda kegagalan sirkulasi. Pasien ini dapat mengalami syok yang diakibatkan oleh kebocoran plasma. Syok ini disebut *Sindrom Syok Dengue* (SSD) dan sering menyebabkan fatal.

Kerusakan alam sehingga memicu kondisi lingkungan yang tidak baik salah satunya diakibatkan dari sudut pandang manusia adalah pusat dari alam semesta.

Sehingga alam dipandang sebagai objek yang dapat dieksploitasi hanya untuk memuaskan keinginan manusia, hal ini telah disinggung oleh Allah SWT dalam Al Quran. Q.S : Ar-Ruum 30:41

ظَهَرَ الْفَسَادُ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ بِمَا كَسَبَتْ أَيْدِي النَّاسِ لِيُذِيقَهُمْ بَعْضَ الَّذِي عَمِلُوا لَعَلَّهُمْ
يَرْجِعُونَ

Terjemahnya:

“Telah nampak kerusakan di darat dan di laut disebabkan karena perbuatan tangan manusia, supaya Allah meraskan kepada mereka sebahagian dari (akibat) perbuatan mereka, agar mereka kembali ke jalan yang benar (Departemen Agama RI, 2010)

Maksud dari ayat di atas yang berkaitan dengan penelitian ini adalah, kerusakan yang disebabkan karena perbuatan tangan manusia, ialah segala perbuatan yang dilakukan oleh manusia yang dapat memicu munculnya vektor *Aedes aegypti* yang merupakan vektor penular dari penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD). Contohnya perilaku masyarakat yang membuang sampah bekas makanan atau minuman secara sembarangan yang memicu munculnya genangan air ketika hujan yang merupakan tempat berkembangbiaknya nyamuk *Aedes aegypti*.

2. Etiologi DBD

Demam *dengue* disebabkan oleh virus *dengue* yang termasuk dalam grup B *Anthropod borne virus (arboviruses)* dan sekarang dikenal sebagai genus *flavivirus*, family *flaviridae* serta memiliki 4 jenis *serotype* yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3 dan DEN-4. Infeksi dengan salah satu *serotype* akan menimbulkan antibodi seumur hidup terhadap *serotype* yang bersangkutan tetapi tidak ada perlindungan terhadap *serotype* lain. Seseorang yang tinggal di daerah endemik *dengue* dapat terinfeksi dengan 3 atau

bahkan 4 serotipe selama hidupnya. *Serotype* DEN-3 merupakan serotype yang dominan dan banyak berhubungan dengan kasus berat.

3. Tanda dan Gejala DBD

Diagnosa penyakit DBD dapat dilihat berdasarkan kriteria diagnosa klinis dan laboratoris. Berikut ini tanda dan gejala penyakit DBD yang dapat dilihat dari penderita kasus DBD dengan diagnosa klinis dan laboratoris :

a. Diagnosa klinis

- 1) Demam tinggi mendadak 2 sampai 7 hari ($38 - 40^{\circ}$ Celcius).
- 2) Manifestasi perdarahan dengan bentuk : uji *Tourniquet* positif, *Petekie* (bintik merah pada pada kulit), *Purpura* (Pendarahan kecil di dalam kulit) *Ekimosis*, Perdarahan Konjungtiva (perdarahan pada mata), *Epistaksis*(perdarahan padaa hidung), Perdarahan gusi, *Hematemesis* (muntah darah), *Melana* (BAB darah), *Hematori* (adanya darah dalam urin).
- 3) Perdarahan pada hidung dan gusi.
- 4) Rasa sakit pada otot dan persendian, timbul bintik-bintik merah pada kulit akibat pecahnya pembuluh darah.
- 5) Pembesaran hati (*hepatomegali*).
- 6) Renjatan (syok), tekanan nadi menurun menjadi 20 mmHg atau kurang. Tekanan sistolik sampai 80 mmHg atau lebih rendah.
- 7) Gejala klinik lainnya yang sering menyertai yaitu anoreksia (turunnya selera makan), lemah, mual, muntah, sakit perut, diare, dan sakit kepala.

b. Diagnosa laboratoris

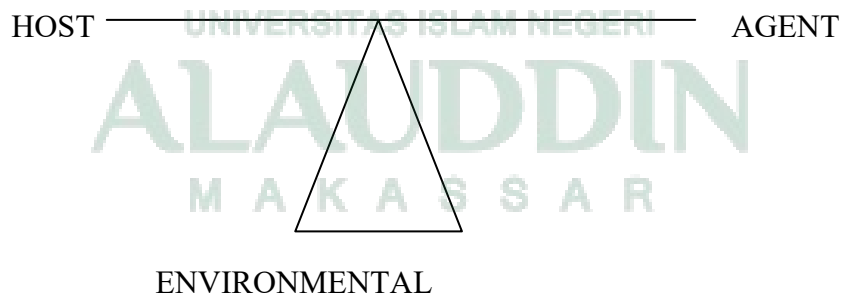
- 1) Trombositopeni pada hari ke-3 sampai hari ke-7 ditemukan penurunan trombosit hingga 100.000/mmHg

- 2) Hemokonsentrasi, meningkatnya hematrokrit sebanyak 20% atau lebih.

4. Epidemiologi Penyakit DBD

Teori segitiga epidemiologi menjelaskan bahwa timbulnya penyakit disebabkan oleh adanya pengaruh factor penjamu (*host*), penyebab (*agent*) dan lingkungan (*environment*) yang digambarkan sebagai segitiga. Perubahan dari sektor lingkungan akan mempengaruhi *host*, sehingga akan timbul penyakit secara individu maupun keseluruhan populasi yang mengalami perubahan tersebut. Demikian juga dengan kejadian penyakit DBD yang berhubungan dengan lingkungan.

Penyakit DBD disebabkan oleh virus *dengue* yang ditularkan nyamuk *Aedes aegypti* namun juga dapat ditularkan oleh nyamuk *Aealbopictus* tetapi peranannya dalam penyebaran penyakit ini sangat kecil sekali, karena nyamuk ini hidup di kebun-kebun.(DEPKES RI). Pada prinsipnya penyakit yang digambarkan sebagai segitiga epidemiologi menggambarkan hubungan tiga komponen penyebab penyakit, yaitu penjamu, agent dan lingkungan seperti gambar berikut :



Gambar 2.1 Segitiga Epidemiologi

Untuk memprediksi pola penyakit, model ini menekankan perlunya analisis dan pemahaman masing-masing komponen lainnya, dengan akibat menaikkan atau menurunkan kejadian penyakit. Komponen untuk terjadinya penyakit DBD yaitu :

a. Agent

Penyebab penyakit DBD ada 4 tipe (tipe 1,2,3,4) termasuk dalam grup B *Antropod Borne Virus (Arbovirus)*. Dengue tipe 3 merupakan *serotype* virus yang menyebabkan kasus yang berat. Penularan penyakit demam berdarah *dengue* umumnya ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* meskipun dapat juga ditularkan oleh *Aedes albopictus* yang hidup di kebun, selain itu spesies *Aedes polynesiensis* dan beberapa spesies dari kompleks *Aedes scutellaris* juga dapat berperan sebagai vektor yang mentransmisikan virus *dengue*.

b. Host

Penjamu adalah manusia atau organisme yang rentan oleh pengaruh agent, factor penjamu adalah factor sosiodemografi (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, mobilisasi).

1) Umur

Kasus DBD selama tahun 1973-1986 kurang dari 95% adalah anak dibawah usia 15 tahun. Selama tahun 1993-1998 meskipun sebagian besar kasus DBD adalah anak usia 5-14 tahun, namun ada peningkatan kasus kasus berumur lebih dari 15 tahun (Djunaedi 2006). Dengan kata lain, DBD banyak dijumpai pada anak umur 2-15 tahun. DBD lebih banyak menyerang anak-anak tetapi dalam dekade terakhir ini terlihat adanya kecenderungan kenaikan proporsi penderita penyakit DBD pada orang dewasa.

2) Jenis Kelamin

Sejauh ini tidak ditemukan perbedaan antara kerentanan terhadap serangan DBD dikaitkan dengan perbedaan jenis kelamin (*gender*). Di Philipines dilaporkan bahwa rasio antara jenis kelamin adalah 1:1. Demikian pula di Thailand dilaporkan

tidak ada ditemukan perbedaan kerentanan terhadap serangan DBD antara anak laki-laki dan perempuan. (Djunaedi,2006)

3) Mobilitas Penduduk

Mobilitas penduduk memegang peranan penting pada transmisi penularan infeksi virus *dengue*. Salah satu faktor yang mempengaruhi penyebaran epidemik dari *Queensland* ke *New South Wales* pada tahun 1942 adalah perpindahan personil militer dan angkatan udara, karena jalur transportasi yang dilewati merupakan jalur penyebaran virus *dengue* (Sutaryo,2005)

4) Factor Internal Manusia (Perilaku Manusia)

Perilaku manusia pada hakekatnya adalah suatu aktifitas yang timbul karena adanya stimulus dan respon serta dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung (Sunaryo,2004)

Perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Perilaku manusia merupakan salah satu faktor yang banyak memegang peranan dalam menentukan derajat kesehatan suatu masyarakat (Noor 2008). Bentuk perilaku dibagi menjadi :

a) Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan (*over behavior*). Perilaku yang didasari oleh pengetahuan, akan lebih baik daripada perilaku yang tidak didasarkan oleh pengetahuan, biasanya pengetahuan didasari oleh pengalaman yang berasal dari berbagai macam sumber. (Notoatmodjo,2003)

Allah berfirman dalam Q.S Al-Mujadalah 58:11 :

يَرْفَعُ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنْكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ وَاللَّهُ بِمَا تَعْمَلُونَ خَبِيرٌ (١١)

Terjemahnya:

“Niscaya Allah akan meninggikan orang-orang yang beriman di antaramu dan orang-orang yang diberi ilmu pengetahuan beberapa derajat, Dan Allah Maha teliti apa yang kamu kerjakan (Departemen Agama RI, 2010).

Dalam ayat ini Allah SWT menunjukkan adanya perbedaan orang yang memiliki ilmu pengetahuan dengan yang tidak. Orang yang memiliki pengetahuan akan ditinggikan derajatnya oleh Allah SWT. Dalam hal kesehatan semakin tinggi tingkat pengetahuan masyarakat diharapkan dapat meminimalkan kejadian atau dampak dari penyakit DBD.

Pengetahuan yang dimaksud dalam hal ini ialah pengetahuan dalam pengendalian vektor demam berdarah, akan berbeda masyarakat yang memiliki pengetahuan cara mengendalikan vektor demam berdarah dengan yang tidak memiliki pengetahuan cara mengendalikan vektor demam berdarah, oleh karenanya pengetahuan dianggap sangat penting sesuai dengan Firman Allah dalam QS Al-Mujadalah 58:11

b) Sikap

Sikap adalah reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau objek, baik yang bersifat interen maupun eksteren sehingga manifestasi dari sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup tersebut. Tingkatan sikap adalah menerima, merespon,

menghargai dan bertanggung jawab. Sikap seseorang sangat mempengaruhi perilaku baik positif maupun negatif (Sunaryo,2004)

c) Praktik atau Tindakan

Praktik atau tindakan adalah suatu tindakan yang dilakukan atau perbuatan. Tindakan terdiri dari empat tingkatan yaitu : *Perception* (Presepsi) mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang diambil, *Guided respons* (Respon terpimpin) melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh *Mechanism* (Mekanisme) apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sudah merupakan kebiasaan, *Adoption* (Adopsi) suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Tindakan itu sudah dimodifikasinya tanpa kebenaran tindakan.

c. *Environment*

- 1) Lingkungan fisik yaitu keadaan fisik sekitar manusia yang berpengaruh terhadap manusia baik secara langsung, maupun terhadap lingkungan biologis dan lingkungan sosial (Noor,2008). Factor lingkungan fisik yang berpengaruh terhadap kejadian DBD antara lain :

a) Suhu udara

Nyamuk dapat bertahan pada suhu rendah, tetapi metabolisme nya menurun atau bahkan berhenti bila suhunya turun dibawah suhu krisis. Pada suhu yang lebih tinggi 35°C juga mengalami perubahan dalam proses-proses fisiologis, rata-rata suhu optimum untuk pertumbuhan nyamuk adalah 25-30°C. Pertumbuhan nyamuk akan berhenti sama sekali bila suhu kurang 10°C atau lebih dari 40°C. (Depkes RI)

b) Kelembapan

Kelembapan relatif dari suatu campuran udara-air didefinisikan sebagai resiko dari tekanan parsial uap air dalam campuran terhadap tekanan uap jenuh air pada temperatur air. Perhitungan kelembapan ini merupakan salah satu data yang dibutuhkan (selain suhu, curah hujan, dan observasi visual terhadap vegetasi) untuk melihat seberapa kering areal tersebut.

c) Curah hujan

Curah hujan yang tinggi akan menambah jumlah tempat perindukan nyamuk alamiah. Perindukan nyamuk alamiah di luar ruangan selain di sampah-sampah kering seperti botol bekas, kaleng-kaleng juga potongan bamboo sebagai pagar sering dijumpai di rumah-rumah penduduk desa serta daun-daunan yang memungkinkan menampung air hujan merupakan tempat perindukan yang baik untuk bertelurnya *Aedes aegypti* (Prihatnolo,2009)

2) Lingkungan Sosial

Lingkungan sosial yang berpengaruh terhadap kejadian DBD adalah kepadatan penduduk dan mobilitas. Kepadatan penduduk yang tinggi akan mempermudah terjadinya infeksi virus *dengue*, karena rendah yang berpenduduk padat akan meningkatkan jumlah insiden kasus DBD tersebut. Mobilitas penduduk memegang peranan penting pada transmisi penularan infeksi virus *dengue*. (Sutaryo,2005)

3) Lingkungan Biologis

Lingkungan biologis yang mempengaruhi penularan DBD terutama adalah banyaknya tanaman hias, tanaman pekarangan, yang mempengaruhi kelembapan, pencahayaan di dalam rumah merupakan tempat yang disenangi nyamuk untuk hinggap dan beristirahat (Soegijanto,2003)

Pencahayaan alami dan buatan langsung maupun tidak langsung dapat menerangi seluruh ruangan maksimal intensitasnya 60 lux dan tidak menyilaukan. Kurangnya cahaya yang masuk ke dalam ruangan rumah, terutama cahaya matahari yang masuk menyebabkan kenyamanan berkurang, merupakan media atau tempat yang baik untuk hidup dan berkembangnya bibit-bibit penyakit. Sebaliknya, terlalu banyak cahaya di dalam rumah akan menyebabkan silau dan akhirnya dapat merusak mata. (Syafuruddin, 2011)

5. Vektor Penyebab Penyakit DBD

Virus *dengue* ditularkan dari orang ke orang melalui gigitan nyamuk *Aedes* (*Ae.*) dari subgenus *Stegomyia*. *Ae. aegypti* merupakan vektor epidemi yang paling utama, namun spesies lain seperti *Ae. albopictus*, *Ae. polynesiensis*, anggota dari *Ae. Scutellaris complex*, dan *Ae. (Finlaya) niveus* juga dianggap sebagai vektor sekunder. Kecuali *Ae. aegypti* semuanya mempunyai daerah distribusi geografis sendiri-sendiri yang terbatas. Meskipun mereka merupakan host yang sangat baik untuk virus *Dengue*, biasanya mereka merupakan vektor epidemi yang kurang efisien dibanding *Ae. aegypti*. (WHO, 2000)

a. Karakteristik Nyamuk *Aedes aegypti*

Menurut Richard dan Davis (1977) yang dikutip oleh Seogijanto (2006), kedudukan nyamuk *Aedes aegypti* dalam klasifikasi hewan adalah sebagai berikut :

- 1) Kingdom : *Animalia*
- 2) Filum : *Arthropoda*
- 3) Kelas : *Insecta*
- 4) Bangsa : *Diptera*
- 5) Suku : *Culicidae*

6) Marga : *Aedes*

7) Jenis : *Aedes aegypti* L.

b. Sikap hidup nyamuk *Aedes aegypti*

Menurut Soegijanto (2006), masa pertumbuhan dan perkembangan nyamuk *Aedes aegypti* dapat dibagi menjadi empat tahap, yaitu telur, larva, pupa, dan nyamuk dewasa, sehingga termasuk metamorfosis sempurna atau holometabola.

1) Stadium telur

Menurut Herms (2006), telur nyamuk *Aedes aegypti* berbentuk ellips atau oval memanjang, berwarna hitam, berukuran 0,5-0,8 mm, dan tidak memiliki alat pelampung. Nyamuk *Aedes aegypti* meletakkan telur-telurnya satu per satu pada permukaan air, biasanya pada tepi air di tempat-tempat penampungan air bersih dan sedikit di atas permukaan air. Nyamuk *Aedes aegypti* betina dapat menghasilkan hingga 100 telur apabila telah menghisap darah manusia. Telur pada tempat kering (tanpa air) dapat bertahan sampai 6 bulan. Telur-telur ini kemudian akan menetas menjadi jentik setelah sekitar 1-2 hari terendam air.

2) Stadium Larva (Jentik)

Menurut Herms (2006), larva nyamuk *Aedes aegypti* mempunyai ciri khas memiliki siphon yang pendek, besar dan berwarna hitam. Larva ini tubuhnya langsing, bergerak sangat lincah, bersifat fototaksis negatif dan pada waktu istirahat membentuk sudut hampir tegak lurus dengan permukaan air. Larva menuju ke permukaan air dalam waktu kira-kira setiap ½-1 menit, guna mendapatkan oksigen untuk bernapas. Larva nyamuk *Aedes aegypti* dapat berkembang selama 6-8 hari.

Berdasarkan data dari Depkes RI (2005), ada empat tingkat (instar) jentik sesuai dengan pertumbuhan larva tersebut, yaitu:

- a) Instar I : berukuran paling kecil, yaitu 1-2 mm
- b) Instar II : 2,5-3,8 mm
- c) Instar III : lebih besar sedikit dari larva instar II
- d) Instar IV : berukuran paling besar, yaitu 5 mm (Depkes RI, 2005).

3) Stadium Pupa

Pupa nyamuk *Aedes aegypti* mempunyai bentuk tubuh bengkok, dengan bagian kepala dada (*cephalothorax*) lebih besar bila dibandingkan dengan bagian perutnya, sehingga tampak seperti tanda baca 'koma'. Tahap pupa pada nyamuk *Aedes aegypti* umumnya berlangsung selama 2-4 hari. Saat nyamuk dewasa akan melengkapi perkembangannya dalam cangkang pupa, pupa akan naik ke permukaan dan berbaring sejajar dengan permukaan air untuk persiapan munculnya nyamuk dewasa (Achmadi, 2011).

4) Nyamuk Dewasa

Nyamuk dewasa yang baru muncul akan beristirahat untuk periode singkat di atas permukaan air agar sayap-sayap dan badan mereka kering dan menguat sebelum akhirnya dapat terbang. Nyamuk jantan dan betina muncul dengan perbandingan jumlahnya 1:1. Nyamuk jantan muncul satu hari sebelum nyamuk betina, menetap dekat tempat perkembangbiakan, makan dari sari buah tumbuhan dan kawin dengan nyamuk betina yang muncul kemudian. Setelah kemunculan pertama nyamuk betina makan sari buah tumbuhan untuk mengisi tenaga, kemudian kawin dan menghisap darah manusia. Umur nyamuk betinanya dapat mencapai 2-3 bulan (Achmadi, 2011).

6. Fase-fase Demam Berdarah Dengue

Satari dan Meilasari (2004) membagi fase-fase munculnya penyakit Demam Berdarah Dengue adalah sebagai berikut:

- a. Fase Demam (2-7 hari) dapat ditangani dengan memberikan obat penurun panas dengan jenis parasetamol setiap 4-6 jam. Pemeriksaan jasmani meliputi tekanan darah, nadi, dan pernafasan
- b. Fase Kritis (24-48 jam) memiliki ciri khas seperti muntah, tidak nafsu makan, perdarahan, trombosit kurang dari $50.000/\text{mm}^3$, penurunan glukosa, penurunan natrium, penurunan kalsium, asidosis, hematokrit menurun.
- c. Fase Penyembuhan (24-48 jam setelah syok) memiliki ciri khas seperti nafsu makan meningkat, tanda-tanda vital normal, hematokrit stabil menurun sampai 30%, frekuensi denyut jantung lebih rendah dari normal.

7. Mekanisme Penularan DBD

Demam berdarah dengue (DBD) di Indonesia endemis baik di daerah perkotaan (urban) maupun di daerah pedesaan (rural). Di daerah perkotaan vektor penular utamanya adalah nyamuk *Aedes aegypti* sedangkan di daerah pedesaan oleh nyamuk *Aedes albopictus*. Namun sering terjadi bahwa kedua spesies nyamuk tersebut terdapat bersamasama pada satu daerah, misalnya di daerah yang bersifat semiurban (Soedarto, 2009)

Penularan virus *dengue* melalui gigitan nyamuk lebih banyak terjadi di tempat yang padat penduduknya seperti di perkotaan dan pedesaan di pinggir kota. Oleh karena itu, penyakit demam berdarah *dengue* (DBD) ini lebih bermasalah di daerah sekitar perkotaan (Yatim, 2007).

Menurut Soegijanto (2004), tahap-tahap replikasi dan penularan virus *dengue* terdiri dari:

- a. Virus ditularkan ke manusia melalui saliva nyamuk
- b. Virus bereplikasi dalam organ target
- c. Virus menginfeksi sel darah putih dan jaringan limfatik
- d. Virus dilepaskan dan bersirkulasi dalam darah
- e. Virus yang ada dalam darah terhisap nyamuk yang lain
- f. Virus bereplikasi atau melipatgandakan diri dalam tubuh nyamuk, lalu menginfeksi kelenjar saliva
- g. Virus bereplikasi dalam kelenjar saliva nyamuk *Aedes aegypti* untuk kemudian akan ditularkan kembali ke manusia.

8. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit DBD

Mubarak (2006) menjelaskan bahwa pencegahan berarti menghindari suatu kejadian sebelum terjadi. Upaya pencegahan DBD yang paling tepat dengan 3M+, upaya pencegahan ini merupakan upaya pencegahan prevensi primer yaitu usaha sungguh-sungguh untuk menghindari suatu penyakit atau tindakan kondisi kesehatan yang merugikan melalui kegiatan promosi kesehatan dan tindakan perlindungan penelitian tentang pengaruh merupakan dasar dari upaya pencegahan primer. Upaya pencegahan 3M+ itu sendiri yaitu:

- a. Menguras tempat penampungan air secara teratur sekurang-kurangnya seminggu sekali atau menaburkan bubuk abate kedalamnya.
- b. Menutup rapat-rapat tempat penampungan air, setelah mengambil airnya, agar nyamuk tidak dapat masuk dan berkembang biak.
- c. Mengubur atau menyingkirkan barang-barang bekas yang dapat menampung air hujan; seperti kaleng bekas, plastik, bambu-bambu yang terbuka, drum-drum bekas dll.

Pencegahan penyakit DBD sangat tergantung pada pengendalian vektornya, yaitu nyamuk *Aedes aegypti*. Pengendalian nyamuk tersebut dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa metode yang tepat (Lestari, 2007), yaitu:

a. Lingkungan

Metode lingkungan untuk mengendalikan nyamuk tersebut antara lain dengan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), pengelolaan sampah padat, modifikasi tempat perkembangbiakan nyamuk hasil samping kegiatan manusia dan perbaikan desain rumah dilakukan yaitu sebagai berikut:

1) Menguras tempat-tempat penampungan air secara teratur.

Tempat penampungan air seperti bak mandi sebaiknya dikuras minimal satu minggu sekali agar jentik-jentik nyamuk *Aedes aegypti* tidak mampu hidup dan berkembangbiak didalamnya. Pemberian bubuk abate (bubuk pembasmi nyamuk perlu diberikan setiap 3 bulan sekali guna mencegah munculnya jentik-jentik nyamuk).

2) Mengubur barang-barang bekas

Mengubur merupakan salah satu kegiatan 3 M yang dapat dilakukan untuk mengurangi jumlah genangan air yang dapat digunakan sebagai tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes aegypti*. Pemilihan barang-barang yang akan dikubur salah satunya adalah barang-barang yang tidak dapat dibakar seperti kaca atau pecahan kaca, botol, dan kaleng bekas yang dapat menampung air hujan. Umumnya barang-barang tersebut dikubur pada kedalaman 2,5 meter. Proses penguburan dilakukan secara tepat agar tidak timbul genangan air pada gundukan tanah. Selain itu perlu diperhatikan jarak antara tempat mengubur

sampah dengan sumber air, agar air tidak tercemar oleh sampah tersebut yaitu dengan jarak ± 10 meter.

3) Menutup rapat-rapat tempat penampungan air

Tempat-tempat yang dapat menampung air perlu ditutup dengan rapat agar nyamuk *Aedes aegypti* tidak dapat bertelur di tempat itu. Adapun tempat-tempat yang perlu ditutup yaitu tempayan, bak penampungan air seperti ember maupun bak mandi.

b. Biologis

Pengendalian biologis antara lain dengan menggunakan ikan pemakan jentik (ikan adu/ikan cupang) dan bakteri.

c. Kimia

Cara pengendalian ini antara lain dengan:

- 1) Pengasapan/*fogging* (dengan menggunakan *malathion* dan *fenthion*), berguna untuk mengurangi kemungkinan penularan sampai batas waktu tertentu.
- 2) Memberikan bubuk abate (*temephos*) pada tempat-tempat penampungan air seperti, gentong air, vas bunga, kolam dan lainlain

B. Tinjauan Umum Partisipasi

1. Pengertian Partisipasi

Menurut WHO (1979), memberikan pengertian bahwa partisipasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan masyarakat merupakan hak dan kewajiban anggota masyarakat baik sebagai individu maupun dalam kelompok.

Sedangkan Davis dan Newstorn, memberikan pengertian partisipasi adalah keterlibatan mental dan emosional orang-orang dalam suatu kelompok yang mendorong mereka untuk memberikan kontribusi kepada tujuan kelompok dan berbagai tanggung jawab pencapaian tujuan itu. (Menurut Depkes, 2005).

Partisipasi dalam arti sempit menurut Ach. Wazir Ws., et al, (1999) dapat diartikan sebagai keterlibatan seseorang secara sadar ke dalam interaksi sosial dalam situasi tertentu. Pengertian partisipasi menurut Poetro (1988) “partisipasi adalah keterlibatan yang bersifat spontan yang disertai kesadaran dan tanggung jawab terhadap kepentingan kelompok untuk mencapai tujuan bersama”. Sedangkan menurut Alastaire White dalam Poetro (1988) partisipasi diartikan sebagai “keterlibatan komunitas setempat secara aktif dalam pengambilan keputusan pelaksanaannya terhadap proyek-proyek pembangunan”.

Bentuk Partisipasi menurut Effendi (2011), partisipasi dibagi atas dua bentuk, yaitu partisipasi vertikal dan partisipasi horizontal.

- a. Partisipasi vertikal adalah suatu bentuk kondisi tertentu dalam masyarakat yang terlibat didalamnya atau mengambil bagian dalam suatu program pihak lain, dalam hubungan masyarakat berada sebagai posisi bawahan.

- b. Partisipasi horizontal adalah dimana masyarakat tidak mustahil untuk mempunyai prakarsa dimana setiap anggota atau kelompok masyarakat berpartisipasi secara horizontal antara satu dengan yang lainnya, baik dalam melakukan usaha bersama, maupun dalam rangka melakukan kegiatan dengan pihak lain.

Menurut Effendi sendiri tentu saja partisipasi seperti ini merupakan tanda permulaan tumbuhnya masyarakat yang mampu berkembang secara mandiri. Jenis-jenis Partisipasi Menurut pendapat Keith Davis sebagaimana yang dikutip Sastropetro (1988) mengemukakan jenis partisipasi sebagai berikut:

- a. Pikiran (*psychological participation*), merupakan jenis keikutsertaan secara aktif dengan mengerahkan pikiran dalam suatu rangkaian kegiatan untuk mencapai tujuan tertentu.
- b. Tenaga (*physical participation*), adalah partisipasi dari individu atau kelompok dengan tenaga yang dimilikinya, melibatkan diri dalam suatu aktifitas dengan maksud tertentu.
- c. Pikiran dan tenaga (*psychological and physical participation*), Partisipasi ini sifatnya lebih luas lagi disamping mengikutsertakan aktifitas secara fisik dan non fisik secara bersamaan.
- d. Keahlian (*participation with skill*), merupakan bentuk partisipasi dari orang atau kelompok yang mempunyai keahlian khusus, yang biasanya juga berlatar belakang pendidikan baik formal maupun non formal yang menunjang keahliannya.

- e. Barang (*material participation*), partisipasi dari orang atau kelompok dengan memberikan barang yang dimilikinya untuk membantu pelaksanaan kegiatan tersebut.
- f. Uang (*money participation*), partisipasi ini hanya memberikan sumbangan uang kepada kegiatan. Kemungkinan partisipasi ini terjadi karena orang atau kelompok tidak bisa terjun langsung dari kegiatan tersebut.

Partisipasi masyarakat dapat dilakukan dengan menunjukkan perhatian dan kepedulian kepada masyarakat, memprakarsai dialog lintas sektoral secara berkelanjutan, menciptakan rasa memiliki terhadap program yang sedang berjalan, penyuluhan kesehatan dan mobilisasi serta membuat suatu mekanisme yang mendukung kegiatan masyarakat. Menurut Notoatmodjo (2007), partisipasi masyarakat adalah ikut sertanya seluruh anggota masyarakat dalam memecahkan permasalahan-permasalahan masyarakat tersebut.

Partisipasi masyarakat di bidang kesehatan berarti keikutsertaan seluruh anggota masyarakat dalam memecahkan masalah kesehatan mereka sendiri. Dalam hal ini masyarakat sendirilah yang aktif memikirkan, memecahkan, melaksanakan, dan mengevaluasi program-program kesehatan. Institusi kesehatan hanya sekedar memotivasi dan membimbingnya. Pengelolaan sampah dapat memberikan manfaat besar bagi masyarakat luas dan lingkungan.

Untuk itu, dibutuhkan partisipasi masyarakat untuk dalam pengendalian vektor penyakit Demam Berdarah *Dengue*. Karena memberikan manfaat besar bagi kita sendiri, anak cucu kita dan alam sekitar kita, tentu ini menjadi aktifitas yang bernilai ibadah di sisi Allah SWT., dan karenanya kita diperintahkan Allah SWT., untuk ikut andil dalam segala aktivitas yang memberikan kemaslahatan, termasuk

pengelolaan sampah. Sebagaimana firman Allah SWT., dalam Q.S. Al-Maidah/5:2 :
 ...وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىٰ وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ وَاتَّقُوا اللَّهَ إِنَّ اللَّهَ شَدِيدُ الْعِقَابِ :
 ٢)

Terjemahnya:

“Dan tolong menolonglah kalian dalam kebaikan dan ketakwaan, dan janganlah kalian bertolong menolong dalam perbuatan dosa dan permusuhan. Bertakwalah kepada Allah, sungguh Allah sangat berat siksa-Nya (Departemen Agama RI, 2010)

Di dalam partisipasi setiap anggota masyarakat dituntut suatu kontribusi atau sumbangan. Kontribusi tersebut bukan hanya terbatas pada dana dan finansial saja tetapi dapat dibentuk dalam tenaga (daya) dan pemikiran (ide). Dalam hal ini dapat diwujudkan dalam 4M yakni, *manpower* (tenaga), *money* (uang), *material* (benda-benda), dan *mind* (ide atau gagasan).

Partisipasi masyarakat dapat dilakukan dengan menunjukkan perhatian dan kepedulian kepada masyarakat, memprakarsai dialog lintas sektoral secara berkelanjutan, menciptakan rasa memiliki terhadap program yang sedang berjalan, penyuluhan kesehatan dan mobilisasi serta membuat suatu mekanisme yang mendukung kegiatan masyarakat. Menurut Notoatmodjo (2007), partisipasi masyarakat adalah ikut sertanya seluruh anggota masyarakat dalam memecahkan permasalahan-permasalahan masyarakat tersebut.

Menurut Walgito (1999), partisipasi masyarakat memiliki hubungan yang erat antara individu satu dengan individu yang lain atau sebaliknya, jadi terdapat adanya hubungan yang saling timbal balik. Hubungan tersebut dapat antara individu dengan individu, individu dengan kelompok atau kelompok dengan kelompok. Pada umumnya dapatlah dikatakan bahwa tanpa partisipasi masyarakat maka setiap

kegiatan pembangunan akan kurang berhasil. Menurut Wibisono dan Alfiantra (2009) Partisipasi merupakan suatu bagian terpenting dalam konsep pemberdayaan masyarakat.

Partisipasi masyarakat sering diartikan keikutsertaan, keterlibatan dan kesamaan anggota masyarakat dalam suatu kegiatan tertentu baik secara langsung maupun tidak langsung, sejak dari gagasan, perumusan kebijakan, pelaksanaan program dan evaluasi. Partisipasi secara langsung berarti anggota masyarakat tersebut ikut memberikan bantuan tenaga dalam kegiatan yang dilaksanakan. Sedangkan partisipasi tidak langsung dapat berupa sumbangan pemikiran, pendanaan dan material yang diperlukan.

Berdasarkan pengertian tentang partisipasi masyarakat yang telah dikemukakan diatas, maka dapat juga disimpulkan bahwa partisipasi masyarakat dalam keikutsertaan atau keterlibatan masyarakat secara aktif baik secara moril maupun materil, yang bekerja sama dalam mencapai tujuan bersama yang didalamnya menyangkut kepentingan individu.

Dengan itu, terlihat jelas bahwa peran serta masyarakat menjadi demikian pentingnya didalam setiap bentuk pembangunan, karena dengan dukungan masyarakat yang saling berinteraksi senantiasa memberikan harapan ke arah berhasilnya suatu kegiatan. Konsep partisipasi menurut Mikkelsen (2011) dapat diartikan sebagai alat untuk mengembangkan diri sekaligus tujuan akhir. Keduanya merupakan satu kesatuan dan dalam kenyataan sering hadir pada saat yang sama meskipun status, strategi serta pendekatan metodologinya berbeda. Partisipasi akan menimbulkan rasa harga diri dan kemampuan pribadi untuk dapat turut serta dalam keputusan penting yang menyangkut masyarakat banyak.

Partisipasi juga menghasilkan pemberdayaan, dimana setiap orang berhak menyatakan pendapat dalam pengambilan keputusan yang menyangkut kehidupannya. Cara yang dapat dilakukan untuk mengajak atau menumbuhkan partisipasi masyarakat, pada umumnya ada tiga cara, antara lain:

- a. Partisipasi dengan paksaan artinya memaksa masyarakat untuk berkontribusi dalam suatu program, baik melalui perundang-undangan, peraturan-peraturan, maupun dengan perintah lisan saja. Cara ini akan lebih cepat hasilnya dan mudah. Tetapi masyarakat akan takut, merasa dipaksa dan kaget karena dasarnya bukan kesadaran tetapi ketakutan. Akibatnya masyarakat tidak akan mempunyai rasa memiliki terhadap program yang ada.
- b. Partisipasi dengan persuasi (kesadaran) artinya suatu partisipasi yang didasari pada kesadaran. Sukar, tetapi bila tercapai hasilnya akan mempunyai rasa memiliki dan memelihara.
- c. Partisipasi dengan edukasi (pendidikan) Partisipasi ini dimulai dengan penerangan, pendidikan dan sebagainya, baik secara langsung maupun tidak langsung.

Elemen-elemen partisipasi masyarakat diantaranya sebagai berikut (Notoadmojo, 2007):

- a. Motivasi Persyaratan utama masyarakat berpartisipasi adalah motivasi. Tanpa motivasi masyarakat sulit berpartisipasi pada segala program. Timbulnya motivasi harus dari masyarakat itu sendiri dan pihak luarnya hanya merangsang saja. Untuk itu pendidikan kesehatan sangat diperlukan dalam rangka merangsang tumbuhnya motivasi dalam suatu masyarakat.

- b. Komunikasi Suatu komunikasi yang baik adalah yang dapat menyampaikan pesan, ide dan informasi kepada masyarakat. Media massa, seperti TV, radio, poster, film dan sebagainya. Semua itu sangat efektif untuk menyampaikan pesan yang akhirnya dapat menimbulkan partisipasi.
- c. Kooperasi Kerja sama dengan instansi-instansi di luar kesehatan masyarakat dan instansi kesehatan sendiri adalah mutlak diperlukan. Adanya team work (kerja sama tim) antara mereka ini akan membantu menumbuhkan partisipasi.
- d. Mobilisasi Hal ini berarti bahwa partisipasi itu bukan hanya terbatas pada tahap pelaksanaan program. Partisipasi masyarakat dapat dimulai sedini mungkin sampai ke akhir mungkin, dari identifikasi masalah, menentukan prioritas masalah, perencanaan program, pelaksanaan sampai dengan monitoring dan evaluasi program.

Metode-metode yang dipakai dalam partisipasi adalah sebagai berikut (Furnanda, 2012):

- a. Pendekatan masyarakat diperlukan untuk memperoleh simpati masyarakat. Pendekatan ini terutama ditujukan kepada pimpinan masyarakat, baik yang formal maupun informal.
- b. Pengorganisasian masyarakat dan pembentukan tim
 - 1) Dikoordinasikan oleh lurah atau kepala desa
 - 2) Kader yang dibentuk tiap RT, anggota tim adalah pemuka-pemuka masyarakat RT yang bersangkutan dan dipimpin oleh ketua RT.
 - 3) Survei diri tiap kader di RT melakukan survei kepada masyarakatnya masing-masing dan diolah serta dipresentasikan kepada warganya.

- 4) Perencanaan program Perencanaan dilakukan oleh masyarakat sendiri setelah mendengarkan survei diri dari kader, serta telah menentukan bersama tentang prioritas masalah yang akan dipecahkan.
- 5) Training (pelatihan) Melaksanakan kegiatan pelatihan menyangkut dengan program yang akan dilakukan.
- 6) Rencana dan evaluasi Dalam menyusun rencana evaluasi perlu ditetapkan kriteria keberhasilan suatu program, secara sederhana dan mudah dilakukan oleh masyarakat atau kader itu sendiri.

2. Faktor-Faktor Keberhasilan Partisipasi Masyarakat

Menurut Compton dalam Anisatullaila (2010) Faktor-faktor keberhasilan partisipasi masyarakat adalah:

- a. Kegiatan atau program sesuai dengan situasi dan kondisi sosial dari masyarakat setempat,
- b. Faktor kepemimpinan dalam masyarakat merupakan faktor yang sangat penting dalam menggerakkan masyarakat.

Sedangkan menurut Compton dalam Anisatullaila (2010), sebagai indikator adanya partisipasi masyarakat yaitu keterlibatan yang luas dari masyarakat tersebut dalam hal:

- a. Pengambilan berbagai keputusan Pelaksanaan kegiatan
- b. Pemanfaatan sarana yang telah di bangun
- c. Pemeliharaan sarana tersebut

Menurut pendapat Mikkelsen (2011), yang membedakan pendekatan untuk mengembangkan partisipasi masyarakat yaitu:

- a. Pendekatan partisipasif pasif (pelatihan dan informasi) Pendekatan ini berdasarkan pada anggapan bahwa pihak eksternal yang lebih tahu, lebih menguasai pengetahuan, teknologi, skill, dan sumber daya. Bentuk partisipasi ini tipe komunikasi satu arah, dari atas kebawah, hubungan pihak eksternal dan masyarakat lokal bersifat vertikal.
- b. Pendekatan partisipasi aktif Dalam pendekatan ini sudah dicoba dikembangkan dengan komunikasi dua arah, pada dasarnya masih berdasarkan pra anggapan yang sama dengan pendekatan yang pertama, pendekatan ini sudah membuka dialog, guna memberi kesempatan kepada masyarakat untuk berinteraksi secara lebih intensif dengan para petugas eksternal, contohnya pendekatan pelatihan dan kunjungan.
- c. Pendekatan partisipasi dengan keterikatan Pendekatan ini mirip kontrak sosial antara pihak eksternal dengan masyarakat lokal. Dalam model ini masyarakat setempat mempunyai tanggung jawab terhadap pengelola kegiatan yang telah disepakati dan mendapat dukungan dari pihak eksternal baik finansial maupun teknis. Keuntungan pendekatan ini adalah memberi kesempatan kepada masyarakat lokal untuk belajar dalam melakukan pengelolaan pembangunan dan modifikasi atas model yang disepakati sesuai dengan tujuan yang diinginkan.
- d. Partisipasi atas permintaan setempat Bentuk ini mencerminkan kegiatan pembangunan atas dasar keputusan yang diambil oleh masyarakat setempat. Kegiatan dan peranan pihak eksternal lebih bersifat menjawab kebutuhan yang

diputuskan dan dinyatakan oleh masyarakat lokal, bukan kebutuhan berdasarkan program yang dirancang dari luar.

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Partisipasi

Menurut Slamet dalam Suciati (2006) faktor-faktor internal yang mempengaruhi partisipasi masyarakat adalah jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, tingkat pendapatan, dan mata pencaharian. Faktor internal berasal dari individu itu sendiri. Secara teoritis, tingkah laku individu berhubungan erat atau ditentukan oleh ciri-ciri sosiologis, yaitu:

a. Jenis kelamin

Partisipasi yang diberikan oleh seorang pria dan wanita dalam pembangunan adalah berbeda. Hal ini disebabkan oleh adanya sistem pelapisan sosial yang terbentuk dalam masyarakat, yang membedakan kedudukan dan derajat antara pria dan wanita. Perbedaan kedudukan dan derajat ini, akan menimbulkan perbedaan-perbedaan hak dan kewajiban antara pria dan wanita.

b. Usia

Perbedaan usia juga mempengaruhi tingkat partisipasi masyarakat. Dalam masyarakat terdapat perbedaan kedudukan dan derajat atas dasar senioritas, sehingga akan memunculkan golongan tua dan golongan muda, yang berbeda-beda dalam hal-hal tertentu. Dalam hal ini golongan tua yang dianggap lebih berpengalaman atau senior, akan lebih banyak memberikan pendapat dan dalam hal menetapkan keputusan.

c. Tingkat Pendidikan

Demikian pula halnya dengan tingkat pengetahuan, salah satu karakteristik partisipan dalam pembangunan partisipatif adalah tingkat pengetahuan masyarakat

tentang usaha-usaha partisipasi yang diberikan masyarakat dalam pembangunan. Salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan adalah tingkat pendidikan. Semakin tinggi latar belakang pendidikannya, tentunya mempunyai pengetahuan yang luas tentang pembangunan dan bentuk serta tata cara partisipasi yang dapat diberikan.

Faktor pendidikan dianggap penting karena dengan melalui pendidikan yang diperoleh, seseorang lebih mudah berkomunikasi dengan orang luar, dan cepat tanggap terhadap inovasi terbentuk dalam masyarakat, yang membedakan kedudukan dan derajat antara pria dan wanita. Perbedaan kedudukan dan derajat ini, akan menimbulkan perbedaan-perbedaan hak dan kewajiban antara pria dan wanita.

d. Tingkat Penghasilan

Tingkat penghasilan juga mempengaruhi partisipasi masyarakat, yaitu penduduk yang lebih kaya kebanyakan membayar pengeluaran tunai dan jarang melakukan kerja fisik sendiri. Sementara penduduk yang berpenghasilan pas-pasan akan cenderung berpartisipasi dalam hal tenaga. Besarnya tingkat penghasilan akan memberi peluang lebih besar bagi masyarakat untuk berpartisipasi. Tingkat penghasilan ini mempengaruhi kemampuan finansial masyarakat untuk berinvestasi. Masyarakat hanya akan bersedia untuk mengerahkan semua kemampuannya apabila hasil yang dicapai akan sesuai dengan keinginan dan prioritas kebutuhan mereka.

e. Mata Pencarian

Mata pencarian ini akan berkaitan dengan tingkat penghasilan seseorang. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa mata pencarian dapat mempengaruhi partisipasi masyarakat dalam pembangunan. Hal ini disebabkan karena pekerjaan akan berpengaruh terhadap waktu luang seseorang untuk terlibat dalam

pembangunan, misalnya dalam hal menghadiri pertemuan, kerja bakti dan sebagainya.

4. Faktor-Faktor Pendorong Masyarakat untuk Berpartisipasi

Faktor-faktor tersebut antara lain adalah kondisi yang kondusif untuk berpartisipasi. Kondisi-kondisi tersebut menurut Tonny (2002) dalam Furananda (2012) antara lain:

- a. Masyarakat akan berpartisipasi jika mereka memandang penting *issue-issue* atau aktivitas tertentu.
- b. Masyarakat akan berpartisipasi jika mereka merasa bahwa tindakannya akan membawa perubahan, khususnya di tingkat rumah tangga atau individu.
- c. Perbedaan bentuk-bentuk partisipasi dan didukung dalam partisipasinya.
- d. Orang harus dimungkinkan untuk berpartisipasi dan didukung dalam partisipasinya.
- e. Struktur dan proses partisipasi hendaknya tidak bersifat menjauhkan.

5. Tingkat Partisipasi Masyarakat

Menurut Paul dalam Hasyim (2009) tingkat partisipasi masyarakat dalam perencanaan pembangunan dapat diukur dengan menggunakan skala intensitas partisipasi (*scale of participation intensity*). Skala ini digunakan untuk melihat jangkauan peran (partisipasi) masyarakat pada masing-masing tahapan kegiatan. Partisipasi masyarakat yang diukur pada tahap mobilisasi adalah partisipasi saat dilaksanakannya sosialisasi dari kegiatan tersebut dan kegiatan pada tahap pengambilan keputusan adalah tentang tata cara, penentuan lokasi dan lain-lainnya.

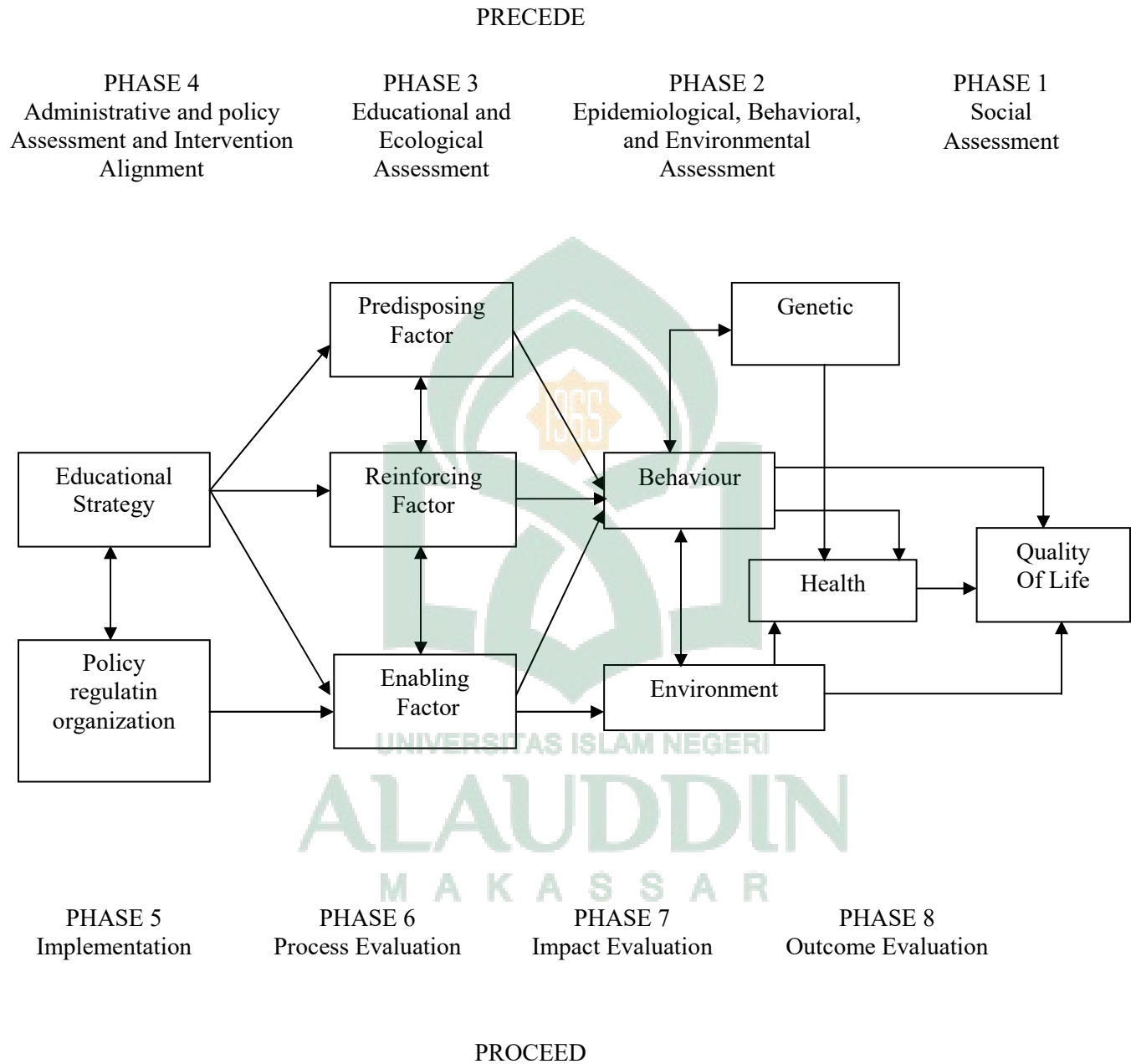
Pada tahap mobilisasi dan pengambilan keputusan tingkat partisipasi masyarakat akan sangat tinggi jika mereka mengetahui manfaat yang akan diperoleh

dari kegiatan tersebut bagi kehidupannya, sementara pada tahapan pembangunan dan pemeliharaan perannya dapat menurun karena kegiatannya terlalu teknis dan telah tersedia standar operasional yang minimal sehingga pihak manapun yang membangun dan memelihara tidaklah masalah asalkan termasuk dalam kriteria tersebut.

Menurut Paul dalam Hasyim (2009) tingkat partisipasi masyarakat dalam perencanaan pembangunan dapat diukur dengan menggunakan skala intensitas partisipasi (*scale of participation intensity*). Skala ini digunakan untuk melihat jangkauan peran (partisipasi) masyarakat pada masing-masing tahapan kegiatan. Partisipasi masyarakat yang diukur pada tahap mobilisasi adalah partisipasi saat dilaksanakannya sosialisasi dari kegiatan tersebut dan kegiatan pada tahap pengambilan keputusan adalah tentang tata cara, penentuan lokasi dan lain-lainnya.

Pada tahap mobilisasi dan pengambilan keputusan tingkat partisipasi masyarakat akan sangat tinggi jika mereka mengetahui manfaat yang akan diperoleh dari kegiatan tersebut bagi kehidupannya, sementara pada tahapan pembangunan dan pemeliharaan perannya dapat menurun karena kegiatannya terlalu teknis dan telah tersedia standar operasional yang minimal sehingga pihak manapun yang membangun dan memelihara tidaklah masalah asalkan termasuk dalam kriteria tersebut.

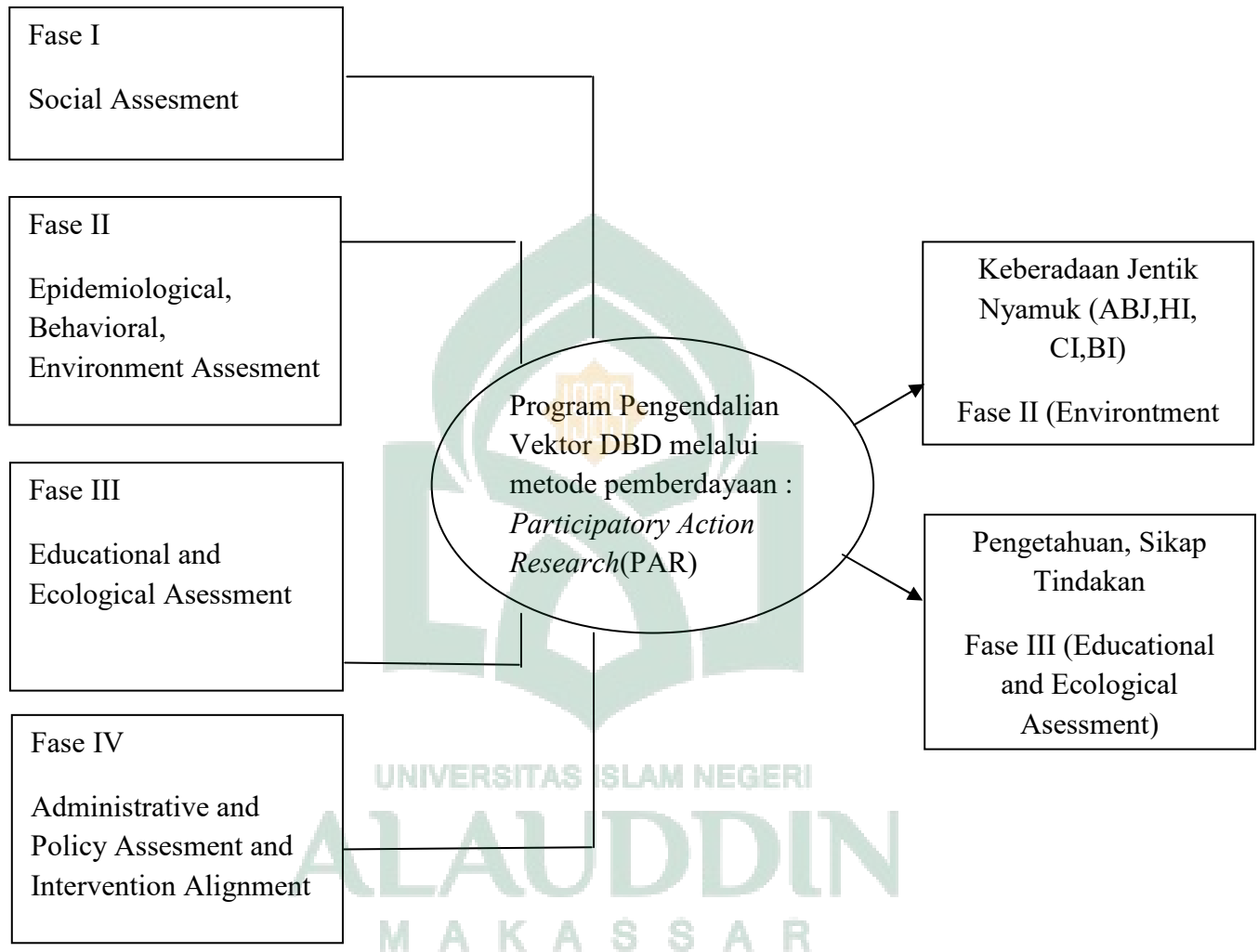
C. Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

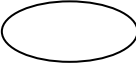
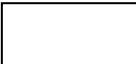
Sumber: Teori Ecological Model (Andrea Carlson Gielen and others)

D. Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep

Keterangan :

-  : Variabel Dependen
 : Variabel Independen

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis dan Lokasi Penelitian

1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian intervensi, dimana dilakukan dengan memberi intervensi berupa metode pengendalian vektor yang dilakukan melalui proses pemberdayaan masyarakat berbasis partisipatif (*Participatory Action Research*). Dengan dua pendekatan yaitu kualitatif dan kuantitatif.

Penelitian kualitatif merupakan penelitian yang digunakan untuk menyelidiki, menemukan, menggambarkan, dan menjelaskan kualitas atau keistimewaan dari pengaruh sosial yang tidak dapat dijelaskan, diukur atau digambarkan melalui pendekatan kuantitatif (Saryono, 2010:1). Penelitian kualitatif dalam penelitian ini adalah proses dalam penentuan program pengendalian vektor yang akan dilakukan.

Penelitian kuantitatif merupakan jenis penelitian yang bersifat *objektif*, mencakup pengumpulan dan analisis data kuantitatif dengan menggunakan pengujian *statistik* (Nur Ikhsan, 2014:49). Metode yang digunakan yaitu metode eksperimen semu (Quasi Eksperimen) yang merupakan cara pemecahan masalah penelitian yang dilaksanakan secara terencana dan cermat dengan maksud mendapatkan fakta dan kesimpulan agar dapat memahami, menjelaskan, meramalkan dan mengendalikan keadaan. (Syamsuddin, 2011)

2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Turikale Kabupaten Maros. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juli-September 2019

B. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan riset operasional yaitu suatu proses penelitian dengan mengidentifikasi dan memecahkan masalah dan pada umumnya diterapkan pada pengembangan program lapangan. Metode yang digunakan adalah melalui participatory action research (PAR). Proses penelitian yang berkelanjutan dengan tahap :

1. Identifikasi masalah
2. Pemilihan strategi
3. Menguji strategi
4. Diseminasi informasi
5. Penggunaan informasi (Fisher et al, 2002)

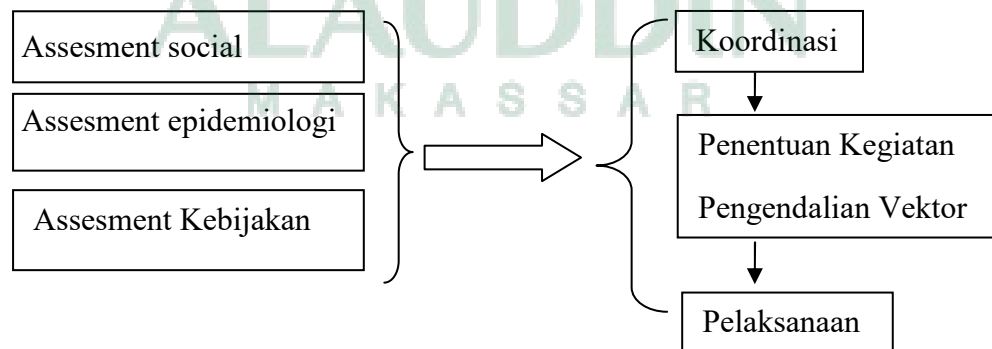
C. Tahapan Kegiatan Penelitian

Penelitian ini terdiri dari dua kegiatan utama antara lain :

1. Tahap 1 : Pengembangan model pemberdayaan melalui metode

Participatory Action Research (PAR)

Alur kegiatan pada tahap 1 yaitu sebagai berikut :



Gambar 3.1 Alur Kegiatan Tahap 1

a. Cara pengumpulan data

Assessment sosial, epidemiologi, serta kebijakan dan dilakukan dengan *Focus Group Discussion* (FGD) dengan uji validitas menggunakan triangulasi metode dengan wawancara mendalam dan telaah dokumen.

b. Informan

Informan dalam *assessment* adalah Kepala Puskesmas, penanggungjawab program Pencegahan dan Penanggulangan DBD (P2DBD), Program Peran Serta Masyarakat (PSM), petugas Kesehatan Lingkungan, petugas surveilans Puskesmas, serta perwakilan masyarakat.

c. Instrumen pengumpulan data

- 1) Pedoman FGD
- 2) Checklist untuk telaah dokumen

d. Analisis data

Analisis dilakukan secara kualitatif menggunakan content analysis dgn langkah-langkah : reduksi data, penyajian dan verifikasi.

1) Reduksi data

Tahap reduksi data dalam penelitian ini yakni merangkum, memilih hal-hal pokok, mengklasifikasikan data pada hal-hal yang penting, dicari tema dan polanya. Reduksi data menyederhanakan data hasil dari wawancara untuk memperoleh data yang lebih fokus.

2) Penyajian data

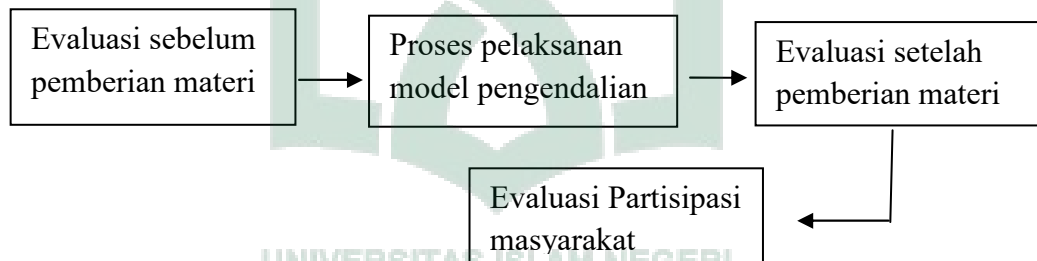
Penyajian data dalam penelitian kualitatif berupa teks naratif dalam bentuk uraian. Dalam penelitian ini akan menyajikan uraian mengenai Pengendalian vektor DBD berbasis partisipatif.

3) Penarikan kesimpulan

Penarikan kesimpulan dan verifikasi data adalah tahap ketiga dalam proses analisis data dalam penelitian ini. Verifikasi data dilakukan dalam penelitian ini secara berkesinambungan untuk memperoleh kesimpulan dengan bukti yang kuat dan bersifat kredibel.

2. Tahap 2 : Evaluasi Kemampuan Masyarakat

Tahap 2 adalah kegiatan pengumpulan data sebagai upaya untuk mengevaluasi kemampuan dan keterampilan masyarakat dalam melakukan perencanaan kegiatan, pelaksanaan kegiatan serta monitoring dan evaluasi. Kegiatan pada tahap ini secara garis besar terlihat pada Gambar 3.2:



Gambar 3.2 Alur Kegiatan Tahap 2

a. Metode

Evaluasi pada tahap ini dilakukan dengan metode kuantitatif, yaitu pengumpulan data dari sampel baik mengenai pengetahuan, sikap maupun tindakan dari responden.

b. Populasi dan Sampel Penelitian

1) Populasi penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien penyakit DBD yang terdaftar dalam rekam medik di Puskesmas Turikale Kabupaten Maros pada tahun 2018. Yang berdomisili di Kelurahan Adatongeng, Kecamatan Turikale Kab Maros sebanyak 37 orang

2) Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian ini adalah pasien penyakit DBD yang terdaftar dalam rekam medik di Puskesmas Turikale Kabupaten Maros pada tahun 2018 yaitu sebanyak 34 orang

3) Teknik Pengambilan Sampel

Dalam penelitian ini, pengambilan sampel dilakukan secara total sampling, dimana jumlah sampel yang diambil sama dengan jumlah populasi yang ada yaitu sebanyak 34 sampel

c. Cara pengumpulan data

Data mengenai pengetahuan dan sikap seluruh fasilitator dari masyarakat dikumpulkan dengan cara mengisi kuesioner pre-test dan post-test, sedangkan data mengenai keterampilan berkaitan dengan analisis masalah, perencanaan, pelaksanaan serta monitoring dan evaluasi dilakukan dengan observasi serta dikonfirmasi melalui wawancara mendalam.

d. Instrumen

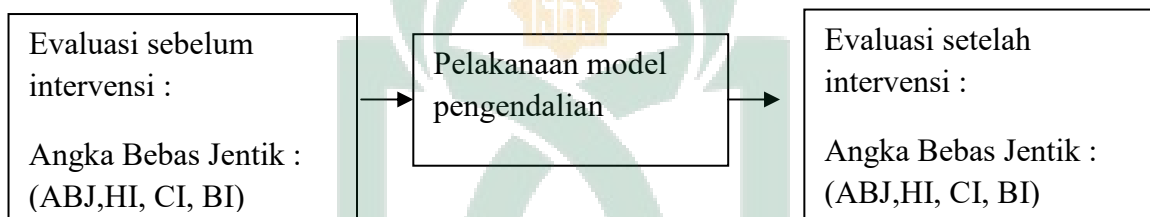
Instrumen yang digunakan dalam evaluasi tahap ini adalah : kuesioner *pre-test* dan *post-test* .

e. Analisis data

Analisis dilakukan secara kuantitatif. Analisis kuantitatif untuk melihat pengetahuan dan sikap responden antara sebelum dan sesudah intervensi dilakukan dengan Paired sample t-test (Miles & Huberman, 1992).

3. Tahap 3 Evaluasi Entomologis

Tahap 3 adalah kegiatan pengumpulan data sebagai upaya untuk mengevaluasi outcome dari penerapan model pengendalian vektor DBD. Kegiatan pada tahap ini secara garis besar terlihat pada Gambar 3.3



Gambar 3.3 Alur Kegiatan Tahap 3

a. Metode

Evaluasi *outcome* dilakukan dengan metode kuantitatif, dengan melihat angka bebas jentik sebagai indikator entomologis Rancangan penelitian evaluasi pada tahap ini menggunakan rancangan *one group pre-post test design*.

b. Sampel

Populasi pada evaluasi tahap ini adalah seluruh penduduk yang terlibat di tahap 2 berada di wilayah penelitian yaitu 37 orang.

c. Cara pengumpulan data

Pengumpulan data pada penelitian tahap ini dilakukan dengan pengamatan/observasi untuk melihat ada atau tidak adanya jentik nyamuk pada tempat penampungan air baik di dalam maupun di luar rumah

d. Instrumen pengumpulan data

Instrumen penelitian yang digunakan untuk pengumpulan data angka bebas jentik adalah formulir yang berisi hasil pemeriksaan jentik di setiap rumah responden.

e. Analisis data

Analisis data untuk membandingkan evaluasi entomologi antara sebelum dan sesudah dilakukan intervensi dengan analisis komparatif menggunakan *Paired sample t- test*.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

1. Deskripsi Lokasi Penelitian

Puskesmas Turikale adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerja puskesmas Turikale yang mencakup wilayah kecamatan Turikale.

Keadaan geografi wilayah Kerja Puskesmas Turikale merupakan daerah bukan pantai yang sebagian besar berbentuk dataran yang mempunyai luas wilayah kerja 29.93 km² dan dibagi menjadi 7 (tujuh) kelurahan, 134 RT dan 31 RK dan secara topografi, wilayah Puskesmas Turikale merupakan dataran rendah dengan ketinggian rata-rata 472 meter di atas permukaan laut.

Adapun batas-batas wilayah Menurut Kecamatan Puskesmas Turikale:

Sebelah Utara berbatasan dengan Kecamatan Lau.

Sebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Bantimurung.

Sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Mandai.

Sebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Maros Baru.

Wilayah kerja Puskemas Turikale terdiri atas 7 kelurahan dan 31 lingkungan. Aktifitas penduduk di Kecamatan Turikale meliputi Pegawai Negeri Sipil, pegawai perusahaan swasta, pedagang, pertanian, perkebunan dan lain-lain. Jumlah penduduk Kecamatan Turikale pada tahun 2017 berjumlah 44.242 jiwa

terdiri dari 21.386 (48,34%) laki-laki dan 22.856 (51,66%) perempuan dengan jumlah rumah tangga 9.285 dan rata-rata jiwa dalam tiap rumah tangga 5 orang.

2. Visi Misi Puskesmas Turikale

Puskesmas Turikale sebagai unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten Maros berusaha menterjemahkan Visi dan Misi dalam melaksanakan program serta kegiatan kesehatan di wilayah kerjanya.

VISI

“MENJADI PUSKESMAS MANDIRI DENGAN PELAYANAN BERMUTU”

Visi untuk mewujudkan Turikale mandiri berarti setiap individu/keluarga mempunyai kemampuan untuk memelihara kesehatannya dan secara keseluruhan memiliki satu sistem yang mampu melaksanakan fungsinya secara mandiri.

MISI

Misi umum pembangunan kesehatan Kecamatan Turikale adalah komitmen sektor kesehatan untuk menjamin pemerataan bagi seluruh masyarakat di Kecamatan Turikale, khususnya masyarakat miskin dan kelompok masyarakat yang rentan yang membutuhkan penanganan kesehatan secara khusus.

Untuk mewujudkan visi tersebut ada empat misi yang telah diemban oleh seluruh jajaran petugas kesehatan di masing-masing unit pelayanan kesehatan, yaitu :

1. Mengupayakan pelayanan kesehatan yang bermutu dan mandiri melalui peningkatan sumber daya puskesmas.
2. Memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dengan sarana dan Prasarana yang baik, terjangkau oleh semua lapisan masyarakat

3. Menciptakan suasana kerja yang harmonis sesama pegawai maupun masyarakat sehingga tercipta kebersamaan, rasa disiplin dan tanggung jawab yang tinggi.
4. Membina kerjasama dengan lintas sektor terkait dalam mewujudkan lingkungan yang bersih dan masyarakat yang sehat.

Adapun **Motto** Puskesmas Turikale :

“ KESEHATAN ANDA ADALAH KEBAHAGIAAN KAMI ”

B. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan selama 2 bulan hari terhitung mulai tanggal 1 Agustus-31 Oktober 2019 di Wilayah Kerja Puskesmas Turikale khususnya di Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale Kabupaten Maros. Hasil penelitian ini akan ditampilkan melalui dua pendekatan yaitu secara kuantitatif dan kualitatif. Responden dalam penelitian kuantitatif yaitu sebanyak 34 responden dan penelitian kualitatif yaitu sebanyak 5 informan.

1. Penelitian Kualitatif

a. Karakteristik Informan

Tabel 4.1
Karakteristik Informan Penelitian Kualitatif di Kelurahan Adatongeng
Kecamatan Turikale Kabupaten Maros
Tahun 2019

No	Nama	JK	Usia	Pendidikan	Pekerjaan
1.	RN	P	39	S1	P2DBD
2.	AS	P	36	S2	PJ KESLING
3.	RA	P	36	S1	Kepala Puskesmas

4.	AY	L	34	S1	Kepala Kelurahan
5.	FL	L	39	S2	Kepala Kecamatan

Data Primer 2019

Tabel 4.1 menunjukkan karakteristik informan pada penelitian kualitatif Partisipasi Masyarakat Dalam Pengendalian Vektor DBD Di Wilayah Kerja Puskesmas Turikale khususnya Kelurahan Adatongeng. Penelitian ini mengumpulkan informan sebanyak 5 orang. Informan yaitu Penanggungjawab Program DBD, Penanggung jawab kesehatan lingkungan, Kepala Puskesmas, Kepala Kelurahan Adatongeng dan Kepala Kecamatan Turikale.

b. Hasil Penelitian

Hasil penelitian ini disajikan mulai dari bagaimana kebijakan program penanggulangan DBD di wilayah kerja Puskesmas Turikale berjalan, penentuan program intervensi yang akan dilakukan dalam penelitian sampai pada tahap pelaksanaan program intervensi tersebut.

1) Kebijakan program DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Turikale

Kebijakan program dalam hal ini meliputi keberlangsungan program penanggulangan DBD, sumber daya dalam pelaksanaan program serta evaluasi program

a) Keberlangsungan program

P2DBD, Penanggung jawab kesehatan lingkungan, dan kepala puskesmas serta kepala kelurahan dan kepala kecamatan diwawancarai mulai dari teknis

program, pelaporan kasus dan program-program apa saja yang ada sebagaimana yang dikemukakan oleh informan sebagai RN, AS, RT, AY, dan FL berikut:

1) Teknis program

“Yang bertanggungjawab secara langsung untuk program penanggulangan penyakit menular khususnya DBD itu adalah saya tetapi juga dibantu oleh bidang lain dan memiliki porsi masing-masing”

(RN, 39 tahun, P2DBD, Juli 2019, Puskesmas Turikale)

“ Bila ada suatu masalah kesehatan, tidak dapat diselesaikan oleh satu pihak saja tetapi juga melibatkan beberapa pihak, untuk DBD itu sendiri yang menjadi penanggungjawab itu sendiri adalah P2DBD tetapi kesling dan promkes juga ikut terlibat dengan kapasitasnya masing-masing”

(AS, 36 tahun, penanggung jawab kesehatan lingkungan, juli 2019, Puskesmas Turikale)

“Saya selaku kepala puskesmas hanya mengawasi mulai dari tahap persiapan sampai evaluasi program itu dilakukan oleh P2DBD yang bekerja sama dengan kesehatan lingkungan dan promosi kesehatan”

(RA, 36 tahun, kepala puskesmas, juli 2019, Puskesmas Turikale)

“Biasanya yang saya lihat petugas puskesmas hanya turun apabila ada kejadian saja, jadi kita mengetahui ada kegiatan itu apabila mereka turun ke lapangan langsung”

(AY, 34 tahun, Kepala Kelurahan, Juli 2019, Kelurahan Adatongeng)

“Leading sektornya itu ada di Puskesmas, dari kecamatan itu hanya membantu dalam hal fasilitas dan penyambung lidah apabila ada intruksi dari bupati terkait persoalan DBD khususnya”

(FL, 39 tahun, Kepala Kecamatan, Juli 2019, Kecamatan Turikale)

2) Pelaporan Kasus

“Bila terdapat kasus di lapangan, langkah pelaporannya itu dimulai dari kader yang ada di poskeskel. Kemudian para kaderlah yang melapor ke puskesmas khususnya pada saya apabila ada kejadian atau cukup banyak masyarakat yang mengalami gejala penyakit DBD”

(RN, 39 tahun, P2DBD, Juli 2019, Puskesmas Turikale)

“Setiap kelurahan pada wilayah kerja Puskesmas Turikale sudah ada supervisornya jadi merekalah yang membuat pelaporan apabila ditemukan kasus tetapi, kita juga mempunyai program kerja kunjungan jadi tetap kita selalu mengawasi atau mendampingi mereka”

(AS, 36 tahun, Penanggung Jawab Kesehatan Lingkungan, Juli 2019, Puskesmas Turikale)

“Setiap kelurahan mempunyai poskelkel yang bekerja disana adalah bidan yang sudah dilatih, jadi apabila masyarakat ada yang memiliki keluhan ataupun gejala DBD maka bidan lah yang membuat pelaporan di Puskesmas, selain itu P2 juga memilki program kunjungan bersama para bidan di kelurahan jadi apabila ditemukan banyak jentik atau banyak kasus maka langsung segera ditindaklanjuti”

(RA, 36 tahun, Kepala Puskesmas, Juli 2019, Puskesmas Turikale)

“Sebenarnya di Kelurahan hanya menunggu laporan bila terdapat kasus, atau kadang-kadang ada warga yang melapor ke kita bahwa ada kasus DBD di satu wilayah setelah itu baru kita meneruskan ke pihak puskesmas maupun rumah sakit. Untuk tindak lanjutnya kita serahkan semua ke pihak Puskesmas”

(AY, 34 tahun, Kepala Kelurahan, Juli 2019, Kelurahan Adatongeng)

“Untuk pelaporan, tiap kelurahan mempunyai kader masing-masing. Kalau untuk sampai di kecamatan itu apabila ada kasus KLB saja dan apabila ada kita langsung tanggap cepat untuk melakukan fogging”

(FL, 39 tahun, Kepala Kecamatan, Juli 2019, Kecamatan Turikale)

3) Jenis Program

“ Program itu ada 3, untuk pencegahan kita lakukan survey jentik tiap 3 bulan sekali, dilanjut dengan sosialisasi serta pembagian bubuk abate di wilayah-wilayah yang sudah sering terjadi kasus. Namun apabila sudah terjadi KLB maka kita langsung mengadakan fogging”

(RN, 39 tahun, P2DBD, Juli 2019, Puskesmas Turikale)

“Untuk di Kesling itu sendiri, ada kunjungan rumah penderita, ada juga pemasangan ovitrap untuk menghitung kepadatan jentik, tapi selain itu kita juga membantu program dari P2”

(AS, 36 tahun, Penanggung Jawab Kesehatan Lingkungan, Juli 2019, Puskesmas Turikale)

“Program-program nya yaitu pembagian abate, survey jentik, sosialisasi juga kemudian apabila ada kasus ditemukan dilakukan fogging atau pengasapan”

(RA, 36 tahun, Kepala Puskesmas, Juli 2019, Puskesmas Turikale)

“Yang saya tahunya itu hanya fogging saja yang biasa Puskesmas lakukan itupun hanya sekali-kali dan setahu saya itu harus berkala jangan sampai masih ada yang belum menetas menjadi nyamuk pada saat itu”

(AY, 34 tahun, Kepala Kelurahan, Juli 2019, Kelurahan Adatongeng)

“Yang saya tahu itu hanya fogging, karena alat nya ada disini namun saya rasa bila dilakukan fogging itu artinya ada kasus yang cukup besar ”

(FL, 39 tahun, Kepala Kecamatan, Juli 2019, Kecamatan Turikale)

b) Sumber daya dalam pelaksanaan program

P2DBD, Penanggung jawab kesehatan lingkungan, dan kepala puskesmas diwawancarai mengenai sumber daya dalam pelaksanaan program yang meliputi sarana dan prasarana, sumber daya manusia serta pendanaan. Sebagaimana yang dikemukakan oleh informan sebagai RN, AS, RA berikut:

1) Sarana dan Prasarana

“ Sejauh ini kalau di puskesmas sudah cukup memadai namun kalau untuk para kader agak kekurangan namun baru-baru ini ada bantuan dari kementrian berupa KIT jentik yang isinya terdapat senter, topi, buku saku. Sedangkan untuk alat fogging itu sudah ada di kantor kecamatan tetapi untuk bahan bakarnya itu disediakan oleh dinas kesehatan ”

(RN, 39 tahun, P2DBD, Juli 2019, Puskesmas Turikale)

“ Kalau prasarana pada program yang sudah dianggarkan sudah cukup memadai hanya saja apabila kita mau membuat inovasi terbaru atau program baru itu belum dapat dipastikan sarana dan prasarana nya terpenuhi ”

(AS, 36 tahun, Penanggung Jawab Kesehatan Lingkungan, Juli 2019, Puskesmas Turikale)

“ Segala sarana dan prasarana yang ada di puskesmas sudah lengkap dan memadai tanpa ada kekurangan, selain itu dari Litbangkes juga memberi bantuan kepada para kader di daerah endemis DBD berupa KIT Jentik jadi lumayan membantu dalam program upaya penanggulangan penyakit DBD ”

(RT, 36 tahun, Kepala Puskesmas, Juli 2019, Puskesmas Turikale)

2) Sumber Daya Manusia

“ Untuk SDM nya sudah memadai, dulunya hanya saya sendiri yang mengelola program-program terkait penyakit menular namun 2 tahun terakhir ini saya dibantu oleh anak magang. Selain itu juga, program tidak jalan sendiri tetapi dibantu oleh lintas sektor seperti kesehatan lingkungan dan promosi kesehatan ”.

(RN, 39 tahun, P2DBD, Juli 2019, Puskesmas Turikale)

“ Sejauh program-program yang dilakukan saya rasa ketersediaan SDM sudah sangat memadai, karena setiap program itu bukan hanya penanggungjawab program yang bekerja tetapi dibantu oleh sektor lain, selain itu beberapa program khususnya DBD juga dibantu oleh para kader yang sudah dilatih sebelumnya ”

(AS, 36 tahun, Penanggung Jawab Kesehatan Lingkungan, Juli 2019, Puskesmas Turikale)

“ Yah, memadai karena setiap program itu bekerja sama dan memiliki masing-masing porsi didalamnya. Jadi untuk pelaksanaan program DBD itu yang menjadi penanggung jawab P2 dan untuk teknis nya dibantu oleh penanggung jawab kesehatan lingkungan dan promosi kesehatan. Selain itu untuk DBD itu sendiri kan sudah ada kader-kader yang siap membantu di setiap kelurahan”

(RA, 36 tahun, Kepala Puskesmas, Juli 2019, Puskesmas Turikale)

3) Pendanaan

“ Untuk program wajib yang sudah direncanakan pada awal tahun sudah jelas anggarannya jadi saya rasa sudah terpenuhi dan tidak ada yang kekurangan. Sebelum program dijalankan anggarannya sudah ada. Namun untuk program-program inovasi kadang kala tidak dapat dilaksanakan karena kita harus membuat proposal dan belum tentu diterima”

(RN, 39 tahun, P2DBD, Juli 2019, Puskesmas Turikale)

“ Setiap kegiatan itu sudah jelas anggarannya, cuman di kesehatan lingkungan itu sendiri kan kita biasa lakukan inovasi kegiatan seperti kemarin pembuatan ovitrap belum keluar dana nya karena harus menunggu proposal diterima, dan kemungkinan ditolak juga ada”

(AS, 36 tahun, Penanggung Jawab Kesehatan Lingkungan, Juli 2019, Puskesmas Turikale)

“ Semua kegiatan yang ada di puskesmas itu berasal dari BOK, untuk program yang dilakukan oleh P2 itu dana nya itu langsung cair sebelum pelaksanaan

program, karena sudah direncanakan atau dirapatkan sebelumnya pada awal tahun jadi tidak ada masalah dalam hal pendanaan”

(RA, 36 tahun, Kepala Puskesmas, Juli 2019, Puskesmas Turikale)

c) Evaluasi Program

P2DBD, Penanggung jawab kesehatan lingkungan, dan kepala puskesmas serta kepala kelurahan dan kepala kecamatan diwawancarai mengenai evaluasi dari program kerja penanggulangan DBD meliputi hambatan dan output dari program. Sebagaimana yang dikemukakan oleh informan sebagai RN, AS, RT, AY dan FL berikut:

1) Hambatan

“ Untuk kita para petugas tidak ada sesuatu yang dapat menghambat kegiatan karena sebelumnya kita sudah membuat jadwal untuk menghindari ada program yang terlupa ataupun bertabrakan dengan program-program lain, mulai dari pendanaan, sarana dan prasana juga memadai. Yang kadang menjadi hambatan itu pada masyarakatnya sendiri yang malas dan tidak memiliki kepedulian mungkin dikarenakan karena kebanyakan bekerja sebagai pegawai dan memiliki kesibukan tersendiri”

(RN, 39 tahun, P2DBD, Juli 2019, Puskesmas Turikale)

“ Saya rasa sudah bagus karena SDM memadai, pendanaan terpenuhi. Hanya saja selama ini yang saya rasakan kurangnya partisipasi masyarakat dalam

kegiatan PSN namun saat ada surat edaran dari pemerintah kabupaten untuk melakukan PSN sedikit meningkat dari sebelumnya”

(AS, 36 tahun, Penanggung Jawab Kesehatan Lingkungan, Juli 2019, Puskesmas Turikale)

“Yah itu saya rasa dari masyarakatnya, karena disanakan rata-rata bekerja sebagai pegawai jadi untuk diajak untuk ikut berpartisipasi itu mereka belum sadar”

(RA, 36 tahun, Kepala Puskesmas, Juli 2019, Puskesmas Turikale)

“Orang-orang di Adatongeng khususnya yang di Perumnas itu yang banyak ditemukan kasus rata-rata pegawai jadi hambatannya itu masyarakat yang kurang respon bukan karena tidak mau tapi karena kesibukannya”

(AY, 34 tahun, Kepala Kelurahan, Juli 2019, Kelurahan Adatongeng)

“Pekerjaan yang saya rasa jadi hambatan, ada perbedaan antara masyarakat yang tinggal di pedesaan dan perkotaan, dan di adatongeng itu masuk wilayah perkotaan yang mayoritas warganya adalah pegawai jadi kesibukannya yang membuat mereka kurang memperhatikan hal-hal terkait pencegahan DBD”

(FL, 39 tahun, Kepala Kecamatan, Juli 2019, Kecamatan Turikale)

2) Output dari program

“Alhamdulillah sampai pertengahan tahun 2019 ini sudah agak berkrang kasus karena adanya surat edaran langsung dari pemerintah kabupaten untuk hasil secara keseluruhannya kita nanti bisa lihat di akhir tahun, karena ini juga kan belum masuk musim penghujan yang biasanya banyak ditemukan kasus DBD”

(RN, 39 tahun, P2DBD, Juli 2019, Puskesmas Turikale)

“ Kita masih berupaya maksimal sampai saat ini, dan untuk hasilnya kita lihat di pelaporan akhir tahun, tetapi memang pada tahun 2018 itu angka kejadian DBD di sini tinggi apalagi yang di perumnas”

(AS, 36 tahun, Penanggung Jawab Kesehatan Lingkungan, Juli 2019, Puskesmas Turikale)

“Hasilnya sudah lumayan baik, karena memang belum masuk musim penghujan jadi nanti dapat dilihat di akhir tahun apakah kasusnya bertambah atau menurun”

(RA, 36 tahun, Kepala Puskesmas, Juli 2019, Puskesmas Turikale)

“Untuk hasilnya yang bisa kita liat sekarang itu sudah munculnya sedikit kesadaran dari beberapa masyarakat mengenai bahaya dari penyakit DBD”

(AY, 34 tahun, Kepala Kelurahan, Juli 2019, Kelurahan Adatongeng)

“Yang saya tahu sudah berkurang tapi dapat dilihat nanti di rekapitulasi kasusnya di akhir tahun”

(FL, 39 tahun, Kepala Kecamatan, Juli 2019, Kecamatan Turikale)

2) Penentuan Program Intervensi

Dalam penentuan program intervensi sebelumnya dilakukan wawancara mengenai kebijakan atau program yang ada dalam pengendalian vektor DBD di Puskesmas Turikale selanjutnya dilakukan diskusi mengenai program intervensi apa yang dapat dilakukan untuk membantu pengendalian vektor DBD di Wilayah Kerja

Puskesmas Turikale khususnya di Kelurahan Adatongeng. Berikut hasil wawancara pada RN, AS dan RA :

“Sebelumnya sudah ada beberapa program yang telah dilakukan namun masih kurang partisipasi masyarakat dan kemarin baru saja datang Litbangkes melakukan penelitian 1 Rumah 1 Jumanatik yaitu dengan pengisian kartu pemantau jentik tetapi masih banyak masyarakat yang enggan mengisi kartu tersebut jadi ada baiknya kita lakukan program sosialisasi kembali mengenai pentingnya program tersebut”

(RN, 39 tahun, P2DBD, Juli 2019, Puskesmas Turikale)

“Yah ada baiknya dilakukan program untuk meningkatkan kesadaran dan minat dari masyarakat untuk mengisi kartu pemantau jentik karena program tersebut yang menurut saya efektif karena tidak membutuhkan banyak biaya dan dapat melibatkan peran serta dari masyarakat”

(AS, 36 tahun, PJ Kesling, Juli 2019, Puskesmas Turikale)

“Sebaiknya yang dilakukan itu sosialisasi DBD walaupun sudah sering dilakukan namun hasilnya masih ada masyarakat yang memiliki pengetahuan yang kurang terkait DBD dan bisa ditambahkan pula pentingnya mengisi kartu pemantau jentik”

(RA, 36 tahun, Kepala Puskesmas, Juli 2019, Puskesmas Turikale)

Berdasarkan hasil wawancara dan diskusi tersebut maka peneliti dan pihak puskesmas menyepakati untuk melakukan program **Sosialisasi DBD dan Gerakan 1 Rumah 1 Jumantik (G1RIJ)**.

3) Pelaksanaan Program Intervensi

Pelaksanaan program dilakukan pada tanggal 11 Agustus 2019 di salah satu masjid yang berada di kelurahan Adatongeng dan dihadiri oleh masyarakat yang merupakan sampel dari penelitian dan beberapa staf dari Puskesmas Turikale, program dimulai dengan pembukaan yaitu pembacaan ayat suci Al-Qur'an dan sambutan kemudian penyampaian penyuluhan mengenai Sosialisasi DBD dan Gerakan 1 Rumah 1 Jumantik (G1RIJ) setelah itu dibuka sesi pertanyaan masyarakat dipersilahkan untuk memberikan pertanyaan kepada peneliti. Adapun pertanyaannya sebagai berikut :

“ Mengapa tetangga saya, yang rumahnya kotor dan jarang dibersihkan malah jauh dari penyakit DBD sedangkan saya rajin untuk membersihkan tetapi sering sekali ada kasus DBD di rumah ? ”

(SY, 54 Tahun, Agustus 2019, Masjid Nurussalam)

“ Menurut saya yang menjadi penyebab wilayah disini sering sekali ada Kasus dikarenakan ada 1 kolam dan berdekatan dengan Rumah Sakit yang menjadi sumber dari adanya virus DBD tersebut. Apakah yang sebaiknya dilakukan ? ”

(SR, 46 Tahun, Agustus 2019, Masjid Nurussalam)

2. Penelitian Kuantitatif

a. Karakteristik Responden

Sampel yang diambil adalah penderita atau keluarga penderita yang pernah mengalami DBD di Kelurahan Adatongeng yaitu sebanyak 68 orang yang dibagi menjadi kelompok intervensi dan kelompok pembandingan masing-masing 34 orang. Karakteristik responden yang dimasukkan dalam penelitian ini terdapat 8 (delapan) karakteristik yaitu berdasarkan jenis kelamin, umur, agama, pendidikan terakhir, status perkawinan, pekerjaan, jumlah tanggungan, penghasilan perbulan. Rincian karakteristik responden tersebut disajikan dalam bentuk tabel sebagai berikut :

1) Jenis Kelamin

Tabel 4.2
Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin
di Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale
Kabupaten Maros Tahun 2019

Jenis Kelamin	Intervensi		Pembandingan	
	Frekuensi	(%)	Frekuensi	(%)
Laki-laki	14	41.2	17	50.0
Perempuan	20	58.8	17	50.0
Total	34	100	34	100

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan bahwa dari 34 responden pada kelompok intervensi diperoleh responden yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 14 responden (41.2%) lebih kecil daripada responden yang berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 20 responden (58.8%). Dan pada kelompok pembandingan menunjukkan

bahwa dari 34 responden diperoleh 17 responden (50.0%) yang berjenis kelamin laki-laki dan 17 responden (50.0%) yang berjenis kelamin perempuan.

2) Umur

Tabel 4.3
Karakteristik Responden Intervensi Berdasarkan Kelompok Umur
di Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale
Kabupaten Maros Tahun 2019

Kelompok Umur	Frekuensi	(%)
18-25	4	11.8
26-33	6	17.6
34-41	7	20.6
42-49	10	29.4
50-57	6	17.6
58-65	1	2.9
Total	34	100

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan bahwa dari 34 responden intervensi diperoleh responden dengan jumlah tertinggi yaitu berumur 42-49 tahun yaitu sebanyak 10 responden (29.4%) sedangkan jumlah terendah yaitu berumur 58-65 tahun sebanyak 1 responden (2.9%)

Tabel 4.4
Karakteristik Responden Pembanding Berdasarkan Kelompok Umur
di Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale
Kabupaten Maros Tahun 2019

Kelompok Umur	Frekuensi	(%)
21-27	5	14.7
28-34	5	14.7
35-41	7	20.6
42-48	12	35.3
49-55	4	11.8
56-62	1	2.9
Total	34	100

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 4.4 menunjukkan bahwa dari 34 responden pembanding diperoleh responden dengan jumlah tertinggi yaitu berumur 42-48 tahun yaitu sebanyak 12 responden (35.3%) sedangkan jumlah terendah yaitu berumur 56-62 tahun sebanyak 1 responden (2.9%)

3) Agama

Tabel 4.5
Karakteristik Responden Berdasarkan Agama
di Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale
Kabupaten Maros Tahun 2019

Agama	Intervensi		Pembanding	
	Frekuensi	(%)	Frekuensi	(%)
Islam	33	97.1	34	100
Kristen	1	2.9	0	0
Total	34	100	34	100

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 4.5 menunjukkan bahwa dari 34 responden intervensi diperoleh responden yang beragama Islam sebanyak 33 responden (97.1%) dan yang beragama Kristen hanya 1 responden (2.9%). Dan pada kelompok pembanding dari 34 responden semua beragama Islam (100%)

4) Pendidikan Terakhir

Tabel 4.6
Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir
di Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale
Kabupaten Maros Tahun 2019

Pendidikan Terakhir	Intervensi		Pembanding	
	Frekuensi	(%)	Frekuensi	(%)
Perguruan Tinggi	9	26.5	6	17.6
SMA/Sederajat	17	50.0	22	64.7
SMP/Sederajat	8	23.5	6	17.6
Total	32	100	34	100

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 4.6 menunjukkan bahwa dari 34 responden pada kelompok intervensi diperoleh responden yang tamat perguruan tinggi sebanyak 9 responden (26.5%), tamat SMA/ sederajat sebanyak 17 responden (50.0%) dan yang tamat SMP/ sederajat hanya 8 responden (23.5%). Sedangkan pada kelompok pembanding dari 34 responden diperoleh responden yang tamat perguruan tinggi dan hanya tamat SMP/ sederajat masing-masing sebanyak 6 responden (17.6%) dan yang tamat SMA/ sederajat sebanyak 22 responden (64.7%)

5) Status Perkawinan

Tabel 4.7
Karakteristik Responden Berdasarkan Status Perkawinan
di Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale
Kabupaten Maros Tahun 2019

Status Perkawinan	Intervensi		Pembanding	
	Frekuensi	(%)	Frekuensi	(%)
Belum kawin	4	11.8	3	8.8
Kawin	30	88.2	31	91.2
Total	34	100	34	100

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 4.7 menunjukkan bahwa dari 34 responden pada kelompok intervensi diperoleh responden yang belum kawin hanya 4 responden (11.8%) dan yang telah kawin sebanyak 30 responden (88.2%). Sedangkan pada kelompok pembanding diperoleh responden yang belum kawin hanya 3 responden (8.8%) dan yang telah kawin sebanyak 31 responden (91.2%).

6) Pekerjaan

Tabel 4.8
Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan
di Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale
Kabupaten Maros Tahun 2019

Pekerjaan	Intervensi		Pembanding	
	Frekuensi	(%)	Frekuensi	(%)
PNS/ABRI/Pensiunan	8	23.6	5	14.7
BUMN/BUMD	1	2.9	5	14.7
Swasta/Pedagang	9	26.5	8	23.5
IRT	11	32.4	11	32.4
Buruh Harian	3	8.8	3	8.8

Mahasiswa/Pelajar	2	5.8	2	5.8
Total	34	100	34	100

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 4.8 menunjukkan bahwa dari 34 responden pada kelompok intervensi diperoleh tertinggi responden yang bekerja sebagai IRT yaitu sebanyak 11 responden (32.4%) dan terendah responden yang bekerja sebagai BUMN/BUMD yaitu sebanyak 1 orang (2.9%). Sedangkan pada kelompok pembandingan dari 34 responden diperoleh tertinggi yang memiliki pekerjaan sebagai IRT yaitu sebanyak 11 responden (32.4%) yang terendah memiliki pekerjaan sebagai mahasiswa/pelajar sebanyak 2 responden (5.9%).

7) Tanggungan Keluarga

Tabel 4.9
Karakteristik Responden Berdasarkan Tanggungan Keluarga
di Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale
Kabupaten Maros Tahun 2019

Tanggungan Keluarga	Intervensi		Pembandingan	
	Frekuensi	(%)	Frekuensi	(%)
<4 orang	15	44.1	13	38.2
5-7 orang	16	47.1	14	41.2
>7 orang	3	8.8	7	20.6
Total	34	100	34	100

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 4.9 menunjukkan bahwa dari 34 responden pada kelompok intervensi diperoleh responden yang memiliki tanggungan keluarga sebanyak <4 orang sebanyak 15 responden (44.1%), responden yang memiliki tanggungan keluarga sebanyak 5-7 orang sebanyak 16 responden (47.1%) dan yang memiliki

tanggungan >7 orang sebanyak 3 responden (8.8%). Dan pada kelompok pembanding dari 34 responden diperoleh 13 responden (38.2%) yang memiliki tanggungan keluarga <4 orang, 14 responden (41.2%) yang memiliki tanggungan keluarga 5-7 orang dan 7 responden (20.6%) yang memiliki tanggungan keluarga >7 orang.

8) Penghasilan.

Tabel 4.10
Karakteristik Responden Berdasarkan Penghasilan
di Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale
Kabupaten Maros Tahun 2019

Penghasilan/bulan	Intervensi		Pembanding	
	Frekuensi	(%)	Frekuensi	(%)
<Rp.500.000	0	0	2	5.9
Rp.750.000-Rp.1.000.000	6	17.6	5	14.7
Rp.1.001.000- Rp.1.250.000	4	11.8	12	35.3
>Rp.1.250.000	24	70.6	15	44.1
Total	34	100	34	100

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 4.10 menunjukkan bahwa dari 34 responden pada kelompok intervensi diperoleh responden yang berpenghasilan Rp.750.000 - Rp.1.000.000 sebanyak 6 responden (17.6%), yang berpenghasilan Rp.1.001.000 – Rp.1.250.000 sebanyak 4 responden (11.8%) dan yang berpenghasilan >Rp.1.250.000 sebanyak 24 responden (70.6%). Dan pada kelompok pembanding pada 34 responden diperoleh tertinggi responden berpenghasilan >Rp.1.250.000 sebanyak 15 responden

(44.1%) dan terendah responden berpenghasilan <Rp.500.000 sebanyak 2 responden (5.9%).

b. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk memperoleh gambaran distribusi frekuensi variabel yang diteliti baik variabel independen maupun variabel dependen yang meliputi pengetahuan, sikap, tindakan dan nilai kepadatan jentik.

1) Pengetahuan (Pre-test)

Tabel 4.11
Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Pre-test
di Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikle
Kabupaten Maros Tahun 2019

Pengetahuan	Intervensi		Pembanding	
	Frekuensi	(%)	Frekuensi	(%)
Baik	19	55.9	14	41.2
Kurang	15	44.1	20	58.8
Total	34	100	34	100

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 4.11 pada kelompok intervensi responden yang memiliki pengetahuan kategori baik sebelum intervensi sebanyak 19 responden (55.9%) dan yang memiliki pengetahuan kategori kurang sebelum intervensi sebanyak 15 responden (44.1%). Sedangkan pada kelompok pembanding responden yang memiliki pengetahuan kategori baik sebelum intervensi sebanyak 14 responden (41.2%) dan yang memiliki pengetahuan kurang sebelum intervensi sebanyak 20 responden (58.8%)

2) Sikap (*Pre-test*)

Tabel 4.12
Distribusi Responden Berdasarkan Sikap *Pre-test*
di Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale
Kabupaten Maros Tahun 2019

Sikap	Intervensi		Pembanding	
	Frekuensi	(%)	Frekuensi	(%)
Tinggi	8	23.5	10	29.4
Rendah	26	76.5	24	70.6
Total	34	100	34	100

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 4.12 pada kelompok intervensi responden yang memiliki sikap kategori tinggi sebelum intervensi hanya sebanyak 8 responden (23.5%) dan yang memiliki sikap kategori rendah sebelum intervensi sebanyak 26 responden (76.5%). Sedangkan pada kelompok pembanding responden yang memiliki sikap kategori tinggi sebelum intervensi sebanyak 10 responden (29.4%) dan yang memiliki sikap kategori rendah sebelum intervensi sebanyak 24 responden (70.6%)

3) Tindakan (*Pre-test*)

Tabel 4.13
Distribusi Responden Berdasarkan Tindakan *Pre-test*
di Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale
Kabupaten Maros Tahun 2019

Tindakan	Intervensi		Pembanding	
	Frekuensi	(%)	Frekuensi	(%)
Tinggi	14	41.2	7	20.6
Rendah	20	58.8	27	79.4
Total	34	100	34	100

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 4.13 pada kelompok intervensi responden yang memiliki tindakan kategori tinggi sebelum intervensi sebanyak 14 responden (41.2%) dan yang memiliki tindakan kategori rendah sebelum intervensi sebanyak 20 responden (58.8%). Sedangkan pada kelompok pembandingan yang memiliki tindakan kategori tinggi sebelum intervensi sebanyak 7 responden (20.6%) dan yang memiliki tindakan rendah sebanyak 27 responden (79.4%)

4) Kepadatan Jentik

a) *House Index (HI) Pre-test*

Tabel 4.14
Distribusi Nilai *House Index Pre-test* di Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale Kabupaten Maros Tahun 2019

Keberadaan Jentik Pada Rumah	Intervensi		Pembandingan	
	Frekuensi	(%)	Frekuensi	(%)
Positif	23	67.7	12	35.3
Negatif	11	32.3	22	64.7
Total	34	100	34	100

Sumber: Data Primer 2019

ABJ Pada Kelompok Intervensi

$$ABJ = \frac{\text{jumlah rumah (-) jentik}}{\text{jumlah rumah yang diperiksa}} \times 100\%$$

$$ABJ = \frac{11}{34} \times 100\%$$

$$ABJ = 32\%$$

ABJ Pada Kelompok Pembanding

$$ABJ = \frac{\text{jumlah rumah (-) jentik}}{\text{jumlah rumah yang diperiksa}} \times 100\%$$

$$ABJ = \frac{22}{34} \times 100\%$$

$$ABJ = 65\%$$

HI Pada Kelompok Intervensi

$$HI = \frac{\text{jumlah rumah (+) jentik}}{\text{jumlah rumah yang diperiksa}} \times 100\%$$

$$HI = \frac{23}{34} \times 100\%$$

$$HI = 67$$

HI Pada Pembanding

$$HI = \frac{\text{jumlah rumah (+) jentik}}{\text{jumlah rumah yang diperiksa}} \times 100\%$$

$$HI = \frac{12}{34} \times 100\%$$

$$HI = 35$$

Berdasarkan tabel 4.14 dari 34 rumah responden pada kelompok intervensi yang diperiksa sebelum intervensi ditemukan 23 rumah responden (67.7%) yang positif terdapat jentik nyamuk *Aedes aegypti* dan 11 rumah responden (32.3%) yang negatif tidak terdapat jentik nyamuk *Aedes aegypti*. Dan berdasarkan perhitungan Angka Bebas Jentik (ABJ) diperoleh nilai 32% yang berarti tidak memenuhi syarat baku mutu yaitu $\geq 95\%$ dan *House Index* (HI) diperoleh nilai 67 masuk dalam kategori 8 yang berarti tingkat kepadatan larva masuk dalam kategori kepadatan tinggi.

Sedangkan 34 rumah pada kelompok pembanding yang diperiksa sebelum intervensi ditemukan 12 rumah responden (35.3%) yang positif terdapat jentik *Aedes aegypti* dan 22 rumah responden (64.7%) yang negative tidak terdapat jentik nyamuk *Aedes aegypti*. Dan berdasarkan perhitungan Angka Bebas Jentik diperoleh nilai 65% yang berarti tidak memenuhi syarat baku mutu yaitu $\geq 95\%$ dan *House Index* (HI) diperoleh nilai 35 masuk dalam kategori 5 yang berarti tingkat kepadatan larva masuk dalam kategori kepadatan tinggi.

b) *Container Index (CI) Pre-test*

Tabel 4.15
Distribusi Nilai *Container Index Pre-test* di Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale Kabupaten Maros Tahun 2019

Keberadaan Jentik Pada Container	Intervensi		Pembanding	
	Frekuensi	(%)	Frekuensi	(%)
Positif	36	16.3	17	8.0
Negatif	185	83.7	198	92.0
Total	221	100	215	100

Sumber: Data Primer 2019

CI Pada Kelompok Intervensi

$$CI = \frac{\text{jumlah container (+) jentik}}{\text{jumlah container yang diperiksa}} \times 100\%$$

$$CI = \frac{36}{221} \times 100\%$$

$$CI = 16$$

CI Pada Pembanding

$$CI = \frac{\text{jumlah container (+) jentik}}{\text{jumlah container yang diperiksa}} \times 100\%$$

$$CI = \frac{17}{215} \times 100\%$$

$$CI = 8$$

Berdasarkan tabel 4.15 pada kelompok intervensi dari 34 rumah responden yang diperiksa sebelum intervensi terdapat 221 container yang diperiksa ditemukan 36 container (16.3%) yang positif terdapat jentik nyamuk *Aedes aegypti* dan 185 container (83.7%) yang negatif tidak terdapat jentik nyamuk *Aedes aegypti*. Dan berdasarkan perhitungan *Container Index* (CI) diperoleh nilai 16 masuk dalam kategori 5 yang berarti tingkat kepadatan larva masuk dalam kategori kepadatan sedang.

Sedangkan pada kelompok pembanding dari 34 rumah responden yang diperiksa sebelum intervensi terdapat 215 container yang diperiksa ditemukan 17 container (8.0%) yang positif terdapat jentik nyamuk *Aedes aegypti* dan 198 container (92.0%) yang negative tidak terdapat jentik nyamuk *Aedes aegypti*. Dan berdasarkan perhitungan *Container Index* (CI) diperoleh nilai 8 masuk dalam kategori 3 yang berarti tingkat kepadatan larva masuk dalam kategori kepadatan sedang

c) *Breiteu Index (BI) Pre-test*

Tabel 4.16
Distribusi Nilai *Breiteu Index Pre-test* Pada Kelompok Intervensi
di Kelurahan Adatong Kecamatan Turikale
Kabupaten Maros Tahun 2019

Keberadaan Jentik Pada Rumah	Frekuensi	(%)	Keberadaan Jentik Pada Container	Frekuensi	(%)
Positif	23	67.7	Positif	36	16.3
Negatif	11	32.3	Negatif	185	83.7
Total	34	100	Total	221	100

Sumber : Data Primer 2019

$$BI = \frac{\text{jumlah container (+) jentik}}{\text{jumlah rumah yang diperiksa}} \times 100\%$$

$$BI = \frac{36}{34} \times 100\%$$

$$BI = 105$$

Berdasarkan tabel 4.16 Pada kelompok intervensi dari 34 rumah responden yang diperiksa sebelum intervensi terdapat 221 container yang diperiksa ditemukan 36 container (16.3%) yang positif terdapat jentik nyamuk *Aedes aegypti*. Dan berdasarkan perhitungan *Breiteu Index* (BI) diperoleh nilai 105 masuk dalam kategori 8 yang berarti tingkat kepadatan larva masuk dalam kategori kepadatan tinggi.

Tabel 4.17
Distribusi Nilai *Breteau Index Pre-test* Pada Kelompok Pembandingan Kelurahan
Adatong Kecamatan Turikale
Kabupaten Maros Tahun 2019

Keberadaan Jentik Pada Rumah	Frekuensi	(%)	Keberadaan Jentik Pada Container	Frekuensi	(%)
Positif	12	35.3	Positif	17	8.0
Negatif	22	64.7	Negatif	198	92.0
Total	34	100	Total	215	100

Sumber : Data Primer 2019

$$BI = \frac{\text{jumlah container (+) jentik}}{\text{jumlah rumah yang diperiksa}} \times 100\%$$

$$BI = \frac{17}{34} \times 100\%$$

$$BI = 50$$

Berdasarkan tabel 4.17 Pada kelompok pembandingan dari 34 rumah responden yang diperiksa sebelum intervensi terdapat 215 container yang diperiksa ditemukan 17 container (8.0%) yang positif terdapat jentik nyamuk *Aedes aegypti*. Dan berdasarkan perhitungan *Breteau Index* (BI) diperoleh nilai 50 masuk dalam kategori 6 yang berarti tingkat kepadatan larva masuk dalam kategori kepadatan tinggi.

5) Pengetahuan (*Post-test*)

Tabel 4.18
Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan *Post-test*
di Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale
Kabupaten Maros Tahun 2019

Pengetahuan	Intervensi		Pembanding	
	Frekuensi	(%)	Frekuensi	(%)
Baik	33	97.1	17	50.0
Kurang	1	2.9	17	50.0
Total	34	100	34	100

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 4.18 pada kelompok intervensi responden yang memiliki pengetahuan kategori baik setelah intervensi sebanyak 33 responden (97.1%) dan yang memiliki pengetahuan kategori kurang setelah intervensi hanya sebanyak 1 responden (2.9%). Sedangkan pada kelompok pembanding responden yang memiliki pengetahuan kategori baik setelah intervensi sebanyak 17 responden (50.0%) dan yang memiliki pengetahuan kategori kurang setelah intervensi sama yaitu sebanyak 17 responden (50.0%).

6) Sikap (*Post-test*)

Tabel 4.19
Distribusi Responden Berdasarkan Sikap *Post-test*
di Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale
Kabupaten Maros Tahun 2019

Sikap	Intervensi		Pembanding	
	Frekuensi	(%)	Frekuensi	(%)
Tinggi	34	100	21	61.8
Rendah	0	0	13	38.2
Total	34	100	34	100

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 4.19 pada kelompok intervensi responden yang memiliki sikap kategori tinggi setelah intervensi sebanyak 34 responden (100%) dan tidak ada yang memiliki sikap kategori rendah setelah intervensi (0%). Sedangkan pada kelompok pembandingan yang memiliki sikap tinggi setelah intervensi sebanyak 21 responden (61.8%) dan yang memiliki sikap kategori rendah setelah intervensi sebanyak 13 responden (38.2%).

7) Tindakan (*Post-test*)

Tabel 4.20
Distribusi Responden Berdasarkan Tindakan *Post-test*
di Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale
Kabupaten Maros Tahun 2019

Tindakan	Kassus		Pembandingan	
	Frekuensi	(%)	Frekuensi	(%)
Tinggi	30	88.2	12	35.3
Rendah	4	11.8	22	64.7
Total	34	100	34	100

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 4.20 pada kelompok intervensi responden yang memiliki tindakan kategori tinggi setelah intervensi sebanyak 30 responden (88.82%) dan yang memiliki tindakan kategori rendah setelah intervensi sebanyak 4 responden (11.8%). Sedangkan pada kelompok pembandingan responden yang memiliki tindakan kategori tinggi setelah intervensi sebanyak 22 responden (64.7%) dan yang memiliki tindakan kategori rendah setelah intervensi sebanyak 12 responden (35.3%).

8) Kepadatan Jentik

a) *House Index (HI) Post-test*

Tabel 4.21
Distribusi Nilai *House Index* Post-test di Kelurahan Adatongeng Kecamatan
Turikale Kabupaten Maros
Tahun 2019

Keberadaan Jentik Pada Rumah	Intervensi		Pembanding	
	Frekuensi	(%)	Frekuensi	(%)
Positif	7	20.6	5	14.7
Negatif	27	79.4	29	85.3
Total	34	100	34	100

Sumber: Data Primer 2019

ABJ Pada Kelompok Intervensi

$$ABJ = \frac{\text{jumlah rumah (-) jentik}}{\text{Jumlah rumah yang diperiksa}} \times 100\%$$

$$ABJ = \frac{27}{34} \times 100\%$$

$$ABJ = 80\%$$

ABJ Pada Kelompok Pembanding

$$ABJ = \frac{\text{jumlah rumah (-) jentik}}{\text{Jumlah rumah yang diperiksa}} \times 100\%$$

$$ABJ = \frac{29}{34} \times 100\%$$

$$ABJ = 85\%$$

HI pada Kelompokintervensi

$$HI = \frac{\text{jumlah rumah (+) jentik}}{\text{jumlah rumah yang diperiksa}} \times 100\%$$

$$HI = \frac{7}{34} \times 100\%$$

$$HI = 20$$

HI pada Pembanding

$$HI = \frac{\text{jumlah rumah (+) jentik}}{\text{jumlah rumah yang diperiksa}} \times 100\%$$

$$HI = \frac{5}{34} \times 100\%$$

$$HI = 14$$

Berdasarkan tabel 4.21 pada kelompok intervensi dari 34 rumah responden yang diperiksa setelah intervensi ditemukan 7 rumah responden (20.6%) yang positif terdapat jentik nyamuk *Aedes aegypti* dan 27 rumah responden (79.4%) yang negatif tidak terdapat jentik nyamuk *Aedes aegypti*. Berdasarkan perhitungan Angka Bebas Jentik diperoleh nilai 80% yang berarti tidak memenuhi syarat baku mutu yaitu $\geq 95\%$ Dan berdasarkan perhitungan *House Index* (HI) diperoleh nilai 20 masuk dalam kategori 4 yang berarti tingkat kepadatan larva masuk dalam kategori kepadatan sedang.

Sedangkan pada kelompok pembanding dari 34 rumah responden yang diperiksa tanpa diberi intervensi ditemukan 5 rumah responden (14.7%) yang positif terdapat jentik nyamuk *Aedes aegypti* dan 29 rumah responden (85.3%) yang negatif

tidak terdapat jentik nyamuk *Aedes aegypti*. Berdasarkan perhitungan Angka Bebas Jentik diperoleh nilai 85% yang berarti tidak memenuhi syarat baku mutu yaitu $\geq 95\%$. Dan berdasarkan perhitungan *House Index* (HI) diperoleh nilai 14 masuk dalam kategori 3 yang berarti tingkat kepadatan larva masuk dalam kategori kepadatan sedang.

b) *Container Index (CI) Post-test*

Tabel 4.22
Distribusi Nilai *Container Index Post-test* di Kelurahan Adatongeng
Kecamatan Turikale Kabupaten Maros
Tahun 2019

Keberadaan Jentik Pada Container	Intervensi		Pembandingan	
	Frekuensi	(%)	Frekuensi	(%)
Positif	12	5.5	10	4.8
Negatif	209	94.5	205	95.2
Total	221	100	215	100

Sumber: Data Primer 2019

CI pada Kelompok Intervensi

$$CI = \frac{\text{jumlah container (+) jentik}}{\text{jumlah container yang diperiksa}} \times 100\%$$

$$CI = \frac{12}{221} \times 100\%$$

$$CI = 5$$

CI pada Pembanding

$$CI = \frac{\text{jumlah container (+) jentik}}{\text{jumlah container yang diperiksa}} \times 100\%$$

$$CI = \frac{10}{215} \times 100\%$$

$$CI = 5$$

Berdasarkan tabel 4.22 pada kelompok intervensi dari 34 rumah responden yang diperiksa setelah terdapat 221 container yang diperiksa ditemukan 12 container (5.5%) yang positif terdapat jentik nyamuk *Aedes aegypti* dan 209 container (94.5%) yang negatif tidak terdapat jentik nyamuk *Aedes aegypti*. Dan berdasarkan perhitungan *Container Index* (CI) diperoleh nilai 5 masuk dalam kategori 2 yang berarti tingkat kepadatan larva masuk dalam kategori kepadatan sedang.

Sedangkan pada kelompok pembanding dari 34 rumah responden yang diperiksa tanpa diberi intervensi terdapat 215 container yang diperiksa ditemukan 10 container (4.8%) yang positif terdapat jentik nyamuk *Aedes aegypti* dan 205 container (95.2%) yang negatif tidak terdapat jentik nyamuk *Aedes aegypti*. Dan berdasarkan perhitungan *Container Index* (CI) diperoleh nilai 5 masuk dalam kategori 2 yang berarti tingkat kepadatan larva masuk dalam kategori kepadatan sedang.

c) *Breiteu Index (BI) Post-test*

Tabel 4.23
Distribusi Nilai *Breiteu Index Post-test* Pada Kelompok Intervensi
di Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale
Kabupaten Maros Tahun 2019

Keberadaan Jentik Pada Rumah	Frekuensi	(%)	Keberadaan Jentik Pada Container	Frekuensi	(%)
Positif	7	20.6	Positif	12	5.5
Negatif	27	79.4	Negatif	209	94.5
Total	34	100	Total	221	100

Sumber : Data Primer 2019

$$BI = \frac{\text{jumlah container (+) jentik}}{\text{jumlah rumah yang diperiksa}} \times 100\%$$

$$BI = \frac{12}{34} \times 100\%$$

$$BI = 35$$

Berdasarkan tabel 4.23 pada kelompok intervensi dari 34 rumah responden yang diperiksa setelah intervensi terdapat 221 container yang diperiksa ditemukan 12 container (5.5%) yang positif terdapat jentik nyamuk *Aedes aegypti*. Dan berdasarkan perhitungan *Breiteu Index* (BI) diperoleh nilai 35 masuk dalam kategori 5 yang berarti tingkat kepadatan larva masuk dalam kategori kepadatan sedang.

Tabel 4.24
Distribusi Nilai *Breteau Index Post-test* Pada Kelompok Pembanding
di Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale
Kabupaten Maros Tahun 2019

Keberadaan Jentik Pada Rumah	Frekuensi	(%)	Keberadaan Jentik Pada Container	Frekuensi	(%)
Positif	5	14.7	Positif	10	4.8
Negatif	29	85.3	Negatif	205	95.2
Total	34	100	Total	215	100

Sumber : Data Primer 2019

$$BI = \frac{\text{jumlah container (+) jentik}}{\text{jumlah rumah yang diperiksa}} \times 100\%$$

$$BI = \frac{10}{34} \times 100\%$$

$$BI = 29$$

Berdasarkan tabel 4.24 pada kelompok pembanding dari 34 rumah responden tanpa diberi intervensi terdapat 215 container yang diperiksa ditemukan 10 container (4.8%) yang positif terdapat jentik nyamuk *Aedes aegepty*. Dan berdasarkan perhitungan *Breteau Index* (BI) diperoleh nilai 29 masuk dalam kategori 4 yang berarti tingkat kepadatan larva masuk dalam kategori kepadatan sedang.

c. Analisis Bivariat

Berikut hasil analisis bivariat untuk melihat pengaruh program sosialisasi DBD terhadap pengetahuan, sikap, tindakan dan keberadaan jentik nyamuk adalah sebagai berikut :

Tabel 4.25
Uji Distribusi Normal Skor Pre-Post Test Responden
Pada Kelompok Intervensi dan Pembanding di
Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale
Kabupaten Maros Tahun 2019

Variabel	Intervensi		Pembanding	
	Z	P	z	P
Pengetahuan (pre)	1.917	0.106	0.852	0.463
Pengetahuan (post)	1.963	0.301	1.660	0.170
Sikap (pre)	1.181	0.071	0.796	0.550
Sikap (post)	1.702	0.089	1.902	0.347
Tindakan (pre)	1.045	0.092	0.881	0.420
Tindakan (post)	1.897	0.060	1.859	0.219

Sumber : Data Primer 2019

Dari tabel 4.25 uji *one sampel kolmogorov smirnov* menunjukkan bahwa seluruh variabel pada kelompok intervensi dan kelompok pembanding mempunyai p value > 0.05 yang berarti data terdistribusi normal. Sehingga uji statistik yang digunakan untuk membandingkan rerata perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan pada responden sebelum dan setelah intervensi adalah uji T berpasangan (*paired T test*)

- 1) Pengaruh program sosialisasi DBD terhadap perubahan pengetahuan pada masyarakat

Tabel 4.26
Rata-Rata Perubahan Pengetahuan Sebelum dan Setelah Intervensi
di Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale
Kabupaten Maros Tahun 2019

Pengetahuan	Kelompok Intervensi (n=34) Mean \pm SD	Selisih Mean	P value	Kelompok Pembanding (n=34) Mean \pm SD	Selisih Mean	P value
Sebelum	10.03 \pm 2.747	8.06	0.000	8.68 \pm 9.038	2.08	0.083
Setelah	18.09 \pm 2.454			10.76 \pm 9.431		

Sumber: Data Primer 2019

Pada tabel 4.26 menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi dari 34 responden sebelum intervensi diperoleh nilai mean 10.03 dan meningkat setelah intervensi yaitu 18.09 dengan selisih mean 8.06. Sedangkan pada kelompok pembanding dari 34 responden sebelum intervensi diperoleh nilai mean 8.68 dan meningkat pula walaupun tidak diberi intervensi yaitu nilai mean sebesar 10.76 dengan selisih mean 2.08.

Berdasarkan hasil analisis menggunakan *Simple Paired T-Test* menunjukkan bahwa kelompok yang diberi intervensi maupun tidak diberi intervensi menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan. Namun peningkatan yang signifikan terjadi pada kelompok intervensi $p = 0.000$ ($\alpha < 0,05$) sedangkan peningkatan pada kelompok pembanding tidak signifikan dengan nilai $p = 0.083$ ($\alpha > 0,05$). Maka terdapat pengaruh intervensi sosialisasi kartu pemantau jentik terhadap pengetahuan masyarakat.

Tabel 4.27
Distribusi Analisis Bivariat Pengetahuan Sebelum dan Setelah Intervensi
di Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale
Kabupaten Maros Tahun 2019

Kelompok	Mean	Median	Modus	Std.Dev
Intervensi (pre test)	10.03	9.50	9	2.747
Pembanding (pre test)	8.68	2.00	19	9.038
Intervensi (post test)	18.09	18.00	18	2.454
Pembanding (post test)	10.76	12.00	20	9.413

Sumber: Data Primer 2019

Dari tabel 4.27 diatas pada kelompok intervensi nilai mean pada pre test adalah 10.03 dan pada post test adalah 18.09, nilai median pada pre test adalah 9.50 pada post test adalah 18.00 , nilai modus pada pre test adalah 9 dan pada post test adalah 18 dan nilai standar deviasi pada pre test adalah 2.747 dan pada post test adalah 2.454.

Sedangkan pada kelompok pembanding nilai mean pada pre test adalah 8.68 dan pada post test adalah 10.76 , nilai median pada pre test adalahh 2.00 dan pada post test adalah 12.00, nilai modus pada pre test adalah 19 dan pada post test adalah 20 dan nilai standar deviasi pada pre test adalah 9.038 dan pada post test adalah 9.413.

- 2) Pengaruh program sosialisasi DBD terhadap perubahan sikap pada masyarakat

Tabel 4.28
Rata-Rata Perubahan Sikap Sebelum dan Setelah Intervensi
di Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale
Kabupaten Maros Tahun 2019

Sikap	Kelompok Intervensi (n=34) Mean \pm SD	Selisih Mean	P value	Kelompok Pembanding (n=34) Mean \pm SD	Selisih Mean	P value
Sebelum	31.09 \pm 13.478	22.32	0.000	34.56 \pm 22.345	5.88	0.263
Setelah	53.41 \pm 4.039			40.44 \pm 21.559		

Sumber: Data Primer 2019

Pada tabel 4.28 menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi dari 34 responden sebelum intervensi diperoleh nilai mean 31.09 dan meningkat setelah intervensi yaitu 53.41 dengan selisih mean 22.328. Sedangkan pada kelompok pembanding dari 34 responden sebelum intervensi diperoleh nilai mean 34.56 dan meningkat pula walaupun tidak diberi intervensi yaitu nilai mean sebesar 40.44 dengan selisih mean 5.88.

Berdasarkan hasil analisis menggunakan *Simple Paired T-Test* menunjukkan bahwa kelompok yang diberi intervensi maupun tidak diberi intervensi menunjukkan adanya peningkatan sikap. Namun peningkatan yang signifikan terjadi pada kelompok intervensi $p = 0.000$ ($\alpha < 0,05$) sedangkan peningkatan pada kelompok pembanding tidak signifikan dengan nilai $p = 0.263$ ($\alpha > 0,05$). Maka terdapat pengaruh intervensi sosialisasi kartu pemantau jentik terhadap sikap masyarakat.

Tabel 4.29
Distribusi Analisis Bivariat Sikap Sebelum dan Setelah Intervensi
di Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale
Kabupaten Maros Tahun 2019

Kelompok	Mean	Median	Modus	Std.Dev
Intervensi (pre test)	31.09	25.00	23	13.478
Pembanding (pre test)	34.56	22.00	21	22.345
Intervensi (post test)	53.41	54.00	51	4.039
Pembanding (post test)	40.44	26.00	20	21.599

Sumber: Data Primer 2019

Dari tabel 4.29 diatas pada kelompok intervensi nilai mean pada pre test adalah 31.09 dan pada post test adalah 53.41, nilai median pada pre test adalah 25.00 dan pada post test adalah 54.00, nilai modus pada pre test adalah 23 dan pada post test adalah 51 dan nilai standar deviasi pada pre test adalah 13.478 dan pada post test adalah 4.039

Sedangkan pada kelompok pembanding nilai mean pada pre test adalah 34.56 dan pada post test adalah 40.44 , nilai median pada pre test adalahh 22.00 dan pada post test adalah 26.00 , nilai modus pada pre test adalah 21 dan pada post test adalah 20 dan nilai standar deviasi pada pre test adalah 22.345dan pada post test adalah 21.599

- 3) Pengaruh program sosialisasi DBD terhadap perubahan tindakan pada masyarakat

Tabel 4.30
Rata-Rata Perubahan Tindakan Sebelum dan Setelah Intervensi
di Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale
Kabupaten Maros Tahun 2019

Tindakan	Kelompok Intervensi (n=34) Mean \pm SD	Selisih Mean	P value	Kelompok Pembanding (n=34) Mean \pm SD	Selisih Mean	P value
Sebelum	4.56 \pm 1.878	2.09	0.000	3.68 \pm 4.746	1.79	0.063
Setelah	6.65 \pm 2.773			5.47 \pm 5.3381		

Sumber: Data Primer 2019

Pada tabel 4.30 menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi dari 34 responden sebelum intervensi diperoleh nilai mean 4.56 dan meningkat setelah intervensi yaitu 6.65 dengan selisih mean 2.09 Sedangkan pada kelompok pembanding dari 34 responden sebelum intervensi diperoleh nilai mean 8.68 dan meningkat pula walaupun tidak diberi intervensi yaitu nilai mean sebesar 5.47 dengan selisih mean 1.79.

Berdasarkan hasil analisis menggunakan *Simple Paired T-Test* menunjukkan bahwa kelompok yang diberi intervensi maupun tidak diberi intervensi menunjukkan adanya peningkatan perilaku. Namun peningkatan yang signifikan terjadi pada kelompok intervensi $p = 0.000$ ($\alpha < 0,05$) sedangkan peningkatan pada kelompok pembanding tidak signifikan dengan nilai $p = 0.063$ ($\alpha > 0,05$). Maka terdapat pengaruh intervensi sosialisasi kartu pemantau jentik terhadap tindakan masyarakat.

Tabel 4.31
Distribusi Analisis Bivariat Tindakan Sebelum dan Setelah Intervensi
di Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale
Kabupaten Maros Tahun 2019

Kelompok	Mean	Median	Modus	Std.Dev
Intervensi (pre test)	4.56	5.00	5	1.878
Pembanding (pre test)	3.68	1.00	1	4.746
Intervensi (post test)	6.65	6.00	4	2.773
Pembanding(post test)	5.47	2.00	1	5.338

Sumber: Data Primer 2019

Dari tabel 4.31 diatas pada kelompok intervensi nilai mean pada pre test adalah 4.56 dan pada post test adalah 6.65, nilai median pada pre test adalah 5.00 dan pada post test adalah 6.00, nilai modus pada pre test adalah 5 dan pada post test adalah 4 dan nilai standar deviasi pada pre test adalah 1.878 dan pada post test adalah 2.773.

Sedangkan pada kelompok pembanding nilai mean pada pre test adalah 3.68 dan pada post test adalah 5.47, nilai median pada pre test adalah 1.00 dan pada post test adalah 2.00, nilai modus pada pre test adalah 1 dan pada post test adalah 1 dan nilai standar deviasi pada pre test adalah 4.746 dan pada post test adalah 5.338.

- 4) Pengaruh program sosialisasi DBD terhadap kepadatan nyamuk *Aedes aegypti* yang diukur melalui ABJ, HI, CI, dan BI

Tabel 4.32
Rata-Rata Perubahan Kepadatan Jentik Sebelum dan Setelah Intervensi
di Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale
Kabupaten Maros Tahun 2019

Kepadatan Jentik	Intervensi		Mean	Pembanding		Mean
	Sebelum	Sesudah		Sebelum	Sesudah	
ABJ	32%	80%	48%	65%	85%	20%
HI	67	20	47	35	14	21
CI	16	5	11	8	5	3
BI	105	35	70	50	29	21

Berdasarkan tabel 4.32 menjelaskan bahwa pada kelompok intervensi dan pembanding masing-masing menunjukkan adanya penurunan pada nilai HI, CI dan BI, namun penurunan yang lebih besar terjadi pada kelompok intervensi dengan nilai mean ABJ = 48% HI = 47, CI = 11, BI = 70 sedangkan pada kelompok pembanding nilai mean ABJ = 20% HI = 21, CI = 3, BI = 21. Maka terdapat perubahan yang lebih besar pada kelompok intervensi yang diberi intervensi dibandingkan dengan kelompok pembanding yang tidak diberikan intervensi.

C. Pembahasan

1. Penelitian Kualitatif

a. Penentuan Program Intervensi Berbasis Partisipatif

Dalam penentuan program yang akan dilaksanakan sebelumnya sudah melakukan assessment melalui wawancara mendalam pada P2DBD, Penanggung Jawab Kesehatan Lingkungan, Kepala Puskesmas serta Kepala Pemerintahan yang ada dan kuesioner pada penderita atau keluarga penderita guna mengetahui program yang tepat digunakan untuk pengendalian vektor DBD. Setelah itu ditemukan lah program yang dianggap tepat yaitu sosialisasi waspada DBD dan kartu pemantau jentik, karena sebelumnya di Puskesmas Turikale sudah ada beberapa program yang dijalankan namun, partisipasi masyarakat dalam pengisian kartu pemantau jentik belum begitu besar oleh karena itu disepakati untuk memilih program tersebut.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wiwik Trapsilowati tahun 2015 Penelitian yang mengembangkan metode pemberdayaan masyarakat dalam pengendalianvektor DBD (PMPV-DBD), yang merupakan modifikasi PAR, Metode PMPV-DBD disusun dengan mempertimbangkan situasi dan kondisi di wilayah penelitian secara umum. Sehingga didasari sumber daya, permasalahan dan kebutuhan yang spesifik lokal. Melalui upaya pemberdayaan dengan metode PMPV-DBD masyarakat diberi daya baik kapasitas maupun kapabilitas dalam mengelola serta melaksanakan pengendalian vektor DBD secara terpadu melalui partisipasi secara aktif sesuai strategi regional pencegahan dan pemberantasan DBD

Menurut WHO (1984), program promosi kesehatan juga menetapkan strategi global, antara lain pemberdayaan (empowerment) dan partisipasi masyarakat

(community participation) (Pusat Promkes Depkes RI dan Universitas Indonesia, 2009).

Menurut Soegijanto (2006), dari semua pengendalian nyamuk demam berdarah dengue seperti pengendalian biologi, kimiawi, tetap saja yang paling penting dari semua itu adalah menggugah dan meningkatkan kesadaran masyarakat agar mau memperhatikan kebersihan lingkungannya dan memahami tentang mekanisme penularan penyakit demam berdarah dengue sehingga dapat berperan aktif menanggulangi penyakit tersebut.

b. Pelaksanaan Program Intervensi Berbasis Partisipatif

Strategi global promosi kesehatan WHO antara lain memuat dua prinsip yaitu pemberdayaan dan partisipasi masyarakat, di mana hal tersebut saling berkaitan karena untuk berpartisipasi dalam bidang kesehatan, masyarakat perlu diberdayakan agar dapat berperan secara aktif dengan didasari pengetahuan dan keterampilan yang cukup.

Dalam pelaksanaan program yang dilakukan di salah satu masjid yang ada di kelurahan Adatongeng dihadiri hampir dari semua sampel yang telah diukur pada saat pre test, dan yang belum menyempatkan hadir akan diberikan konseling yang isinya sama dengan yang disampaikan pada saat sosialisasi. Pada saat program dilaksanakan antusias dari masyarakat dinilai cukup besar dengan memberikan beberapa pendapat maupun pertanyaan seputar pengendalian vektor DBD dimulai dari cara membedakan jentik nyamuk *Aedes. aegypti* dengan nyamuk lainnya sampai mendalami manfaat dari kartu pemantau jentik yang telah dibagikan sebelumnya.

Sejalan dengan penelitian Wiwik Trapsilowati tahun 2015 indikator partisipasi masyarakat terdiri dari keterlibatan masyarakat, kesukarelaan dan lingkup kegiatan yang dilakukan. Keterlibatan masyarakat antara lain ditunjukkan dari kehadiran, penyampaian pendapat dan kualitas pendapat. Kehadiran masyarakat dalam hal ini adalah kader PSN pada saat survei pendahuluan baik assessment maupun survei di lapangan dinilai sangat baik, apabila kader diminta untuk pelatihan maupun survei hampir seluruhnya dapat hadir dan bila tidak hadir mereka sudah mempunyai inisiatif untuk mewakili kepada kader yang lain. Begitu juga dalam penyampaian pendapat dinilai cukup berbobot dan menyampaikan apa adanya, karena bersumber dari fakta dan untuk perbaikan kondisi di wilayahnya sendiri.

Selain itu, peran tokoh masyarakat, petugas puskesmas dan kepala pemerintahan juga sangat membantu dalam pelaksanaan program ini dilihat dari kesediaan dalam menyebarluaskan informasi tentang pelaksanaan program dan ikut andil dalam setiap tahap persiapan sampai tahap pelaksanaan program. Tokoh masyarakat yang turut hadir dalam pelaksanaan program juga menambah semangat para masyarakat yang menjadi peserta dalam program ini.

Adapun dalil Al-Qur'an yang berkaitan dengan adanya dukungan dari tokoh masyarakat terdapat dalam Q.S At- Taubah 9:71 :

وَالْمُؤْمِنُونَ وَالْمُؤْمِنَاتُ بَعْضُهُمْ أَوْلِيَاءُ بَعْضٍ يَأْمُرُونَ بِالْمَعْرُوفِ وَيَنْهَوْنَ عَنِ الْمُنْكَرِ ...

Terjemahnya :

"dan orang-orang yang beriman, lelaki dan perempuan, sebahagian mereka (adalah) menjadi penolong bagi sebahagian yang lain. mereka menyuruh (mengerjakan) yang ma'ruf, mencegah dari yang munkar,..."

Berdasarkan tafsir Al-Misbah ayat di atas menjelaskan bahwa orang-orang mukmin, laki-laki dan perempuan yang saling mencintai dan menolong satu sama lain. Dengan dasar keimanan, mereka menyuruh untuk melakukan apa yang diperintahkan oleh agama mereka yang benar, melarang apa yang dilarang oleh agama, mengerjakan salat pada waktunya, membayar zakat untuk orang yang berhak menerima pada waktunya, mematuhi perintah Allah dan Rasul-Nya, dan menjauhi larangan Allah dan Rasul-Nya. Merekalah yang akan selalu berada dalam rahmat Allah. Allah sungguh Mahakuasa untuk mengayomi mereka dengan kasih sayang-Nya, dan Maha bijaksana dalam pemberian-Nya (Shihab, 2007). Dalam pelaksanaan program pengendalian vektor demam berdarah *dengue* pemerintah memiliki peranan dalam mengajak masyarakat untuk turut aktif dalam pelaksanaan program

Sejalan dengan penelitian Widiarti 2018 komitmen pemerintah daerah dalam pelaksanaan PSN DBD sangat diperlukan dalam keberhasilan pengendalian vektor DBD. Sebagaimana hasil kajian ini menemukan bahwa adanya komitmen pemerintah setempat dalam pemberantasan DBD, terutama PSN, telah membuahkan hasil, sebagai contoh Kota Semarang dan Kabupaten Blora. Kota Semarang pada tahun 2010 telah mengeluarkan Perda khusus DBD (Pemerintah Kota Semarang, 2010). Sejalan pula dengan penelitian Wiwik Trapsilowati tahun 2015 bahwa faktor penguat dalam pengendalian DBD di kedua kelurahan perlakuan adalah adanya dukungan dari tokoh masyarakat setempat baik yang formal seperti kepala kelurahan dan staf, maupun non formal seperti kader dan segenap pengurus PKK.

Penelitian lain yang dilakukan Sakti & Budi (2011) melakukan penelitian tentang partisipasi masyarakat dalam program PSN dengan hasil yaitu partisipasi

masyarakat dalam program PSN di kelurahan Kota Bambu Selatan, DKI Jakarta, sudah tergolong cukup tinggi dengan adanya kesadaran dan pemahaman akan manfaat dari program tersebut. Hal tersebut berdampak pada angka bebas jentik (ABJ) yang tinggi dan penurunan kejadian DBD di kelurahan kota Bambu Selatan.

2. Penelitian Kuantitatif

a. Karakteristik Responden

Dari hasil penelitian diperoleh sebanyak 34 responden yang mayoritas respondennya berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 20 responden (58.8%) dan yang berjenis kelamin laki-laki hanya 14 responden (41.2%). Selain itu, dari 34 responden mayoritas beragama Islam yaitu sebanyak 33 responden (97.1%) dan hanya 1 responden (2.9%) yang beragama Kristen.

Dari tabel 3.2 menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki pendidikan terakhir SMA yaitu 17 responden (50.0%) dan hanya 8 responden (23.5%) yang memiliki pendidikan terakhir SMP. Dalam penelitian yang dilakukan Tyrsa (2015) mengemukakan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan sikap maupun tindakan. Seseorang dengan pendidikan rendah dapat melakukan tindakan pencegahan yang hampir sama baiknya dengan mereka yang berpendidikan tinggi dalam hal tindakan pencegahan DBD hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Harmani dan Hamal (2014) karakteristik ibu dengan tindakan pencegahan penyakit DBD di Kecamatan Karang Tengah Kabupaten Cianjur Provinsi Jawa Barat. Hasil uji statistik menunjukkan tidak adanya hubungan yang

bermakna antara pendidikan dengan tindakan ibu dalam pencegahan penyakit DBD ($p=0,080$).

Dari tabel 4.6 menunjukkan bahwa dari 34 responden mayoritas diantaranya sebagai Ibu Rumah Tangga yaitu 11 responden (32.4%) ibu rumah tangga memiliki lebih banyak waktu dirumah diharapkan sebagian waktunya digunakan untuk memeriksa atau memantau tempat-tempat perindukan nyamuk seperti di bak mandi atau tempat penampungan air lainnya. Namun dari penelitian yang dilakukan oleh Tyrsa (2015) mengemukakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan penilaian sikap maupun tindakan responden dengan nilai signifikan nilai signifikansi (p) sebesar 0,086 yang artinya > 0.05 .

b. Pengetahuan

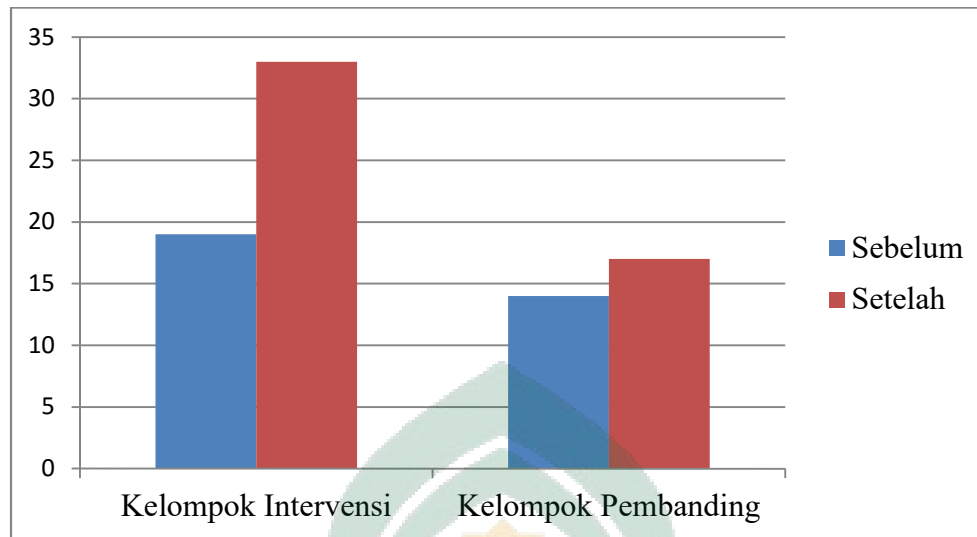
Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmodjo S, 2003). Pengetahuan ibu adalah sebagai salah satu faktor yang mempermudah terhadap terjadinya perubahan tindakan khususnya mengimunisasikan anak. Hal ini sesuai dengan pendapat L.Green dalam buku Soekidjo Notoatmodjo yang menyatakan bahwa salah satu faktor penentu terjadinya perubahan tindakan adalah adanya faktor pemudah yang didalamnya termasuk tingkat pengetahuan.

Pembagian jenis pengetahuan berdasarkan sifat pengetahuan yaitu dibedakan menjadi pengetahuan langsung dan pengetahuan tidak langsung dimana pengetahuan langsung merupakan pengetahuan yang didapatkan tanpa pemahaman mendalam terlebih dahulu Misalnya seperti informasi yang dapat

diperoleh dari lingkungan sekitar. Pengetahuan tidak langsung dapat diperoleh dari hal-hal yang pernah dilakukan terdahulu atau berasal dari pengalaman individu.

Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa pengetahuan adalah salah satu hal yang berpengaruh dalam terbentuknya tindakan masing-masing individu (overtbehavior). Perilaku yang disertai dengan kepemilikan pengetahuan yang mumpuni dapat bertahan lama apabila tanpa dilengkapi dengan kepemilikan pengetahuan yang mumpuni. Terdapat beberapa proses sebelum seseorang mengadopsi sebuah perilaku baru yaitu: awareness, interest, evaluation, trial dan adoption.

Gambaran pengetahuan dilihat dengan mengukur sebelum dan setelah intervensi. Untuk pengukuran pre-test atau sebelum intervensi dilakukan 3 minggu sebelum program dilakukan menggunakan kuesioner. Setelah itu pengukuran post-test dilakukan 3 minggu pula setelah dilakukannya program intervensi. Dan untuk kelompok pembanding pengukuran dilakukan dengan jarak 2 minggu. Perubahan pengetahuan sebelum dan setelah intervensi dapat dilihat dari grafik di bawah ini :



Gambar 4.1
Grafik Perubahan Pengetahuan Sebelum dan Setelah Intervensi

Sumber : Data Primer 2019

Gambar 4.1 menunjukkan perubahan pengetahuan pada kelompok pembanding dan kelompok intervensi sebelum dan setelah intervensi. Pada uji *Paired T Test* diperoleh hasil sebelum dilakukan intervensi pengetahuan responden pada kelompok pembanding yaitu 14 yang memiliki pengetahuan baik mengalami peningkatan setelah dilakukan intervensi 17 responden. Hal tersebut menunjukkan bahwa tidak terdapat perubahan pengetahuan dikarenakan tidak diberikan intervensi dilihat pada $p=0.083$ ($p>0.005$) sedangkan pada kelompok intervensi diperoleh 19 responden yang memiliki pengetahuan baik mengalami peningkatan setelah intervensi yaitu 33 responden. Hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat pengaruh intervensi program sosialisasi kartu pemantau jentik dengan pengetahuan dilihat pada $p=0.000$ ($p>0.005$).

Adapun dalil yang berkaitan dengan pengetahuan yaitu terdapat dalam Q.S Az-Zumar 39:9 :

... قُلْ هَلْ يَسْتَوِي الَّذِينَ يَعْلَمُونَ وَالَّذِينَ لَا يَعْلَمُونَ ۗ إِنَّمَا يَتَذَكَّرُ أُولُو الْأَلْبَابِ

Terjemahnya :

Katakanlah: "... Adakah sama orang-orang yang mengetahui dengan orang-orang yang tidak mengetahui?" Sesungguhnya orang yang berakallah yang dapat menerima pelajaran."

Berdasarkan tafsir Al- Misbah ayat di atas menjelaskan bahwa katakan kepada mereka, “Apakah sama orang-orang yang mengetahui hak-hak Allah lalu mengesakan-Nya dengan orang-orang yang tidak mengetahui-Nya, karena menganggap remeh perintah untuk mengamati tanda-tanda kekuasaan-Nya? Hanya orang yang berakal sehat saja yang dapat mengambil pelajaran” setelah masyarakat yang sebelumnya memiliki pengetahuan kurang diberikan intervensi melalui sosialisasi merupakan salah satu bentuk dari menambah ilmu pengetahuan. Akan berbeda masyarakat yang mengalami perubahan pengetahuan dengan masyarakat yang tidak mengalami perubahan pengetahuan. Masyarakat yang pengetahuannya meningkat akan lebih mengetahui cara untuk mengendalikan vektor nyamuk demam berdarah *dengue*.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Sugiono tahun 2016 diketahui pvalue variabel pengetahuan sebesar 0,000 ($p\text{-value} \leq 0,05$), sehingga hipotesis penelitian diterima. Hasil uji statistic menunjukkan rata-rata *posttest* pengetahuan (7,89) lebih tinggi dibandingkan rata-rata *pre test* pengetahuan (5,49). Berdasarkan hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa pemberian pelatihan

pencegahan DBD berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan siswa di SDN Wirogunan I.

Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Kholis Ernawati Penelitian ini tidak menemukan perbedaan rerata nilai pengetahuan sebelum dan sesudah penyuluhan ($p=0,092$) Dan menurut penelitian yang dilakukan di Brazil juga menyebutkan bahwa meskipun pengetahuan warga sudah baik, akan cukup tetapi tidak dibarengi dengan gerakan pengendalian vektor sehingga tidak menunjukkan efek entomologi yang berarti.

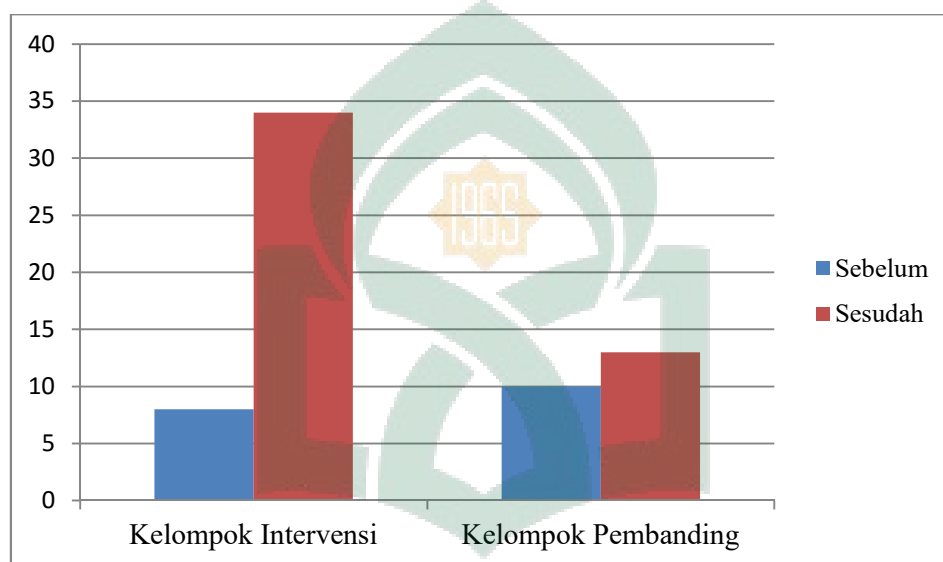
c. Sikap

Sikap yang terdapat pada individu akan memberi warna atau corak tingkah laku atau perbuatan individu yang bersangkutan. Dengan memahami atau mengetahui sikap individu, dapat diperkirakan respon atau perilaku yang diambil oleh individu yang bersangkutan (Lanriatudin,2014).

Penjelasan sikap berdasarkan Sarnoff dalam tulisan Sarwono (2000) adalah respon terhadap sebuah stimulantertentu dimana individu dapat memberikan respon secara positif maupun memberikan respon secara negatif. Sikap yang dipilih oleh individu tersebut selain dipengaruhi oleh stimulan juga dapat dipengaruhi oleh hal-hal lain diantaranya adalah kejadian yang pernah dialami oleh individu tersebut, budaya, orang yang berpengaruh serta peran media massa.

Gambaran sikap dilihat dengan mengukur sebelum dan setelah intervensi. Untuk pengukuran pre-test atau sebelum intervensi dilakukan 3 minggu sebelum

program dilakukan menggunakan kuesioner. Setelah itu pengukuran post-test dilakukan 3 minggu pula setelah dilakukannya program intervensi. Dan untuk kelompok pembanding pengukuran dilakukan dengan jarak 2 minggu. Perubahan sikap sebelum dan setelah intervensi dapat dilihat dari grafik di bawah ini :



Gambar 4.2
Grafik Perubahan Sikap Sebelum dan Setelah Intervensi

Grafik 4.2 menunjukkan perubahan sikap pada kelompok pembanding dan kelompok intervensi sebelum dan setelah intervensi. Pada uji paired t-test diperoleh hasil sebelum dilakukan intervensi pengetahuan responden pada kelompok pembanding yaitu 10 responden yang memiliki sikap kategori tinggi mengalami peningkatan setelah dilakukan intervensi sebanyak 13 responden. Hal tersebut menunjukkan bahwa tidak terdapat perubahan pengetahuan dikarenakan tidak diberikan intervensi dilihat pada $p=0.263$ ($p>0.005$) sedangkan pada kelompok

intervensi diperoleh 8 responden yang memiliki sikap kategori tinggi mengalami peningkatan setelah intervensi yaitu sebanyak 34 responden. Hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat pengaruh intervensi program sosialisasi kartu pemantau jentik dengan sikap dihat pada

$p = 0.000$ ($p > 0.005$).

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Sugiyono tahun 2016 diketahui p value variabel sikap sebesar 0,000 (p value $\leq 0,05$), sehingga hipotesis penelitian diterima. Hasil uji statistik jugamenunjukkan rata-rata *posttest* sikap (9,00) lebih tinggi dibandingkan rata-rata *pretest* sikap (7,83). Berdasarkan hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa pemberian pelatihan pencegahan DBD berpengaruh terhadap peningkatan sikap siswa di SDN Wirogunan I.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Lanratudin 2016 berdasarkan hasil penelitian dengan jumlah sampel 68 responden diketahui bahwa sebagian responden mempunyai sikap positif. Terlihat dari 10 pertanyaan yang terdapat pada kuesioner tentang sikap, sebagian besar menjawab setuju dan sangat setuju.

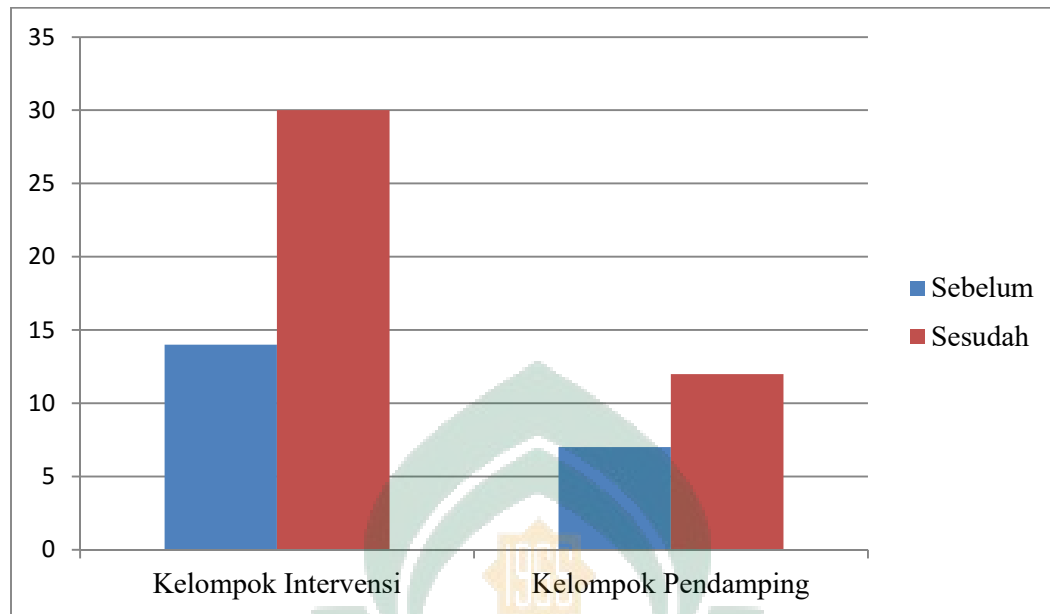
Newcomb (1981), salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktifitas, akan tetapi merupakan predisposisi suatu perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka (Notoatmodjo, 2003)

d. Tindakan

Menurut Notoadmodjo (2010), tindakan adalah sesuatu yang dilakukan atau perbuatan. Sikap belum tentu terwujud dalam tindakan. Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain.

Faktor-faktor yang mempengaruhi tindakan antara lain faktor kepercayaan, nilai, sikap, usia. Semakin bertambahnya usia maka tingkat perkembangan akan berkembang sesuai dengan pengetahuan yang pernah didapatkan dan juga pengalaman sendiri. Untuk itu dalam membentuk perilaku atau tindakan yang positif dapat dibentuk melalui suatu proses dan berlangsung dalam interaksi manusia dan lingkungan. Faktor yang mempengaruhi tindakan adalah pengetahuan, persepsi, emosi, motivasi dan lainnya (Notoadmodjo, 2010).

Gambaran tindakan dilihat dengan mengukur sebelum dan setelah intervensi. Untuk pengukuran pre-test atau sebelum intervensi dilakukan 3 minggu sebelum program dilakukan menggunakan kuesioner. Setelah itu pengukuran post-test dilakukan 3 minggu pula setelah dilakukannya program intervensi. Dan untuk kelompok pembandingan pengukuran dilakukan dengan jarak 2 minggu. Perubahan perilaku sebelum dan setelah intervensi dapat dilihat dari grafik di bawah ini :



Sumber : Data Primer 2019

Gambar 4.3
Grafik Perubahan Tindakan Sebelum dan Setelah Intervensi

Gambar 4.3 menunjukkan perubahan tindakan pada kelompok pembanding dan kelompok intervensi sebelum dan setelah intervensi. Pada uji paired t-test diperoleh hasil sebelum dilakukan intervensi tindakan responden pada kelompok pembanding yaitu 7 responden yang memiliki tindakan kategori tinggi mengalami peningkatan setelah dilakukan intervensi sebanyak 12 responden. Hal tersebut menunjukkan bahwa tidak terdapat perubahan tindakan dikarenakan tidak diberikan intervensi dilihat pada $p=0.063$ ($p>0.005$) sedangkan pada kelompok intervensi diperoleh 14 responden yang memiliki sikap kategori tinggi mengalami peningkatan setelah intervensi yaitu sebanyak 30 responden. Hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat pengaruh intervensi program sosialisasi kartu pemantau jentik dengan tindakan dilihat pada $p=0.000$ ($p>0.005$).

Berbeda dengan penelitian yang dilakukan Wiwik Tranpsilowati tahun 2015 diketahui bahwa ada peningkatan rata-rata nilai praktik /tindakan responden antara sebelum dan sesudah intervensi metode PMPV-DBD. Hasil uji beda menggunakan paired samples t test menunjukkan bahwa kedua wilayah, baik intervensi maupun pembandingan menunjukkan peningkatan yang tidak signifikan ($p > 0,05$). Namun demikian, peningkatan rata-rata nilai praktik/tindakan wilayah intervensi lebih besar dibandingkan dengan wilayah pembandingan.

Pengetahuan yang masih kurang dan tingkat kesadaran yang rendah disinyalir memberikan dampak yang kurang baik terhadap kualitas kesehatan masyarakat, kurangnya pengetahuan dengan indikasi rendahnya kesadaran akan mengurangi perilaku masyarakat terhadap pemeliharaan kesehatan terutama dalam upaya pencegahan DBD dan dari pengalaman terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan dan kesadaran akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama (Riyanto, 2010).

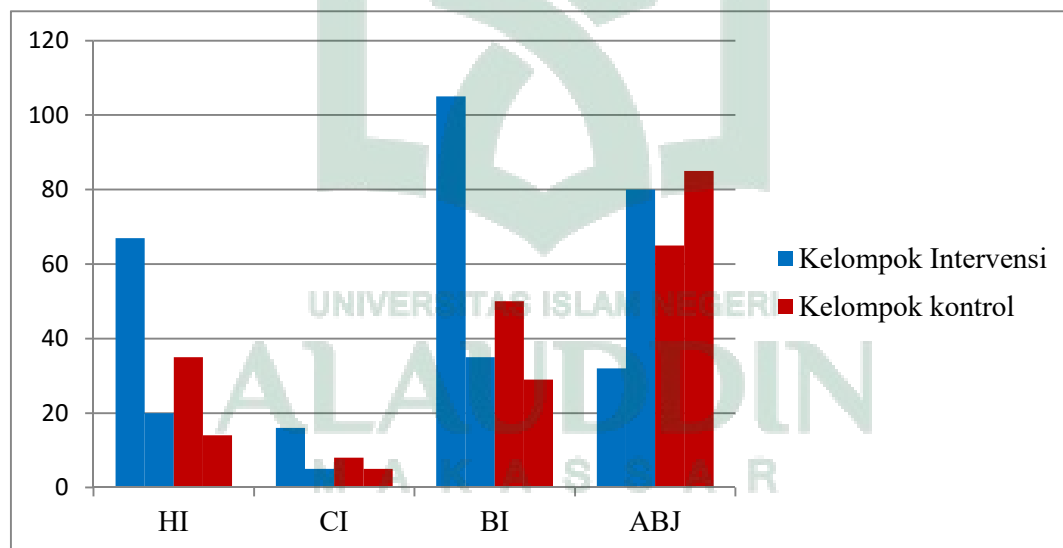
e. Kepadatan Jentik

Indeks kepadatan vektor DBD antara lain House index (HI), Container Index (CI), Breteau Index (BI) dan Angka Bebas Jentik (ABJ), merupakan parameter entomologi yang mempunyai relevansi langsung dengan dinamika penularan penyakit (Pramestuti., 2014).

Berdasarkan modul pengendalian DBD dan petunjuk teknis pemberantasan sarang nyamuk, seharusnya PSN dilaksanakan secara rutin, sehingga akan diperoleh angka indeks entomologi HI, CI, BI dan Angka Bebas

Jentik (ABJ) (Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. 2008).

Gambaran kepadatan jentik dilihat dengan mengukur sebelum dan setelah intervensi nilai HI, CI, dan BI. Untuk pengukuran pre-test atau sebelum intervensi dilakukan 3 minggu sebelum program dilakukan menggunakan lembar observasi. Setelah itu pengukuran post-test dilakukan 3 minggu pula setelah dilakukannya program intervensi. Dan untuk kelompok pembandingan pengukuran dilakukan dengan jarak 2 minggu. Perubahan kepadatan jentik HI, CI, dan BI sebelum dan setelah intervensi dapat dilihat dari grafik di berikut ini :



Sumber : Data Primer 2019

Gambar 4.4

Grafik Perubahan Kepadatan Jentik Sebelum dan Setelah Intervensi

Gambar 4.4 menunjukkan perubahan kepadatan jentik pada kelompok pembanding dan kelompok intervensi sebelum dan setelah intervensi. Pada kelompok intervensi ABJ sebelum intervensi adalah 32% meningkat setelah intervensi yaitu 80% dengan nilai *mean* = 48%, HI sebelum intervensi diperoleh nilai 67 dan menurun setelah intervensi yaitu 20 dengan nilai *mean*=47, CI pada kelompok intervensi sebelum intervensi diperoleh nilai 16 dan menurun setelah intervensi yaitu 5 dengan nilai *mean*=11, BI pada kelompok intervensi sebelum intervensi diperoleh nilai 105 dan menurun setelah intervensi yaitu 35 dengan nilai *mean*=70.

Sedangkan pada kelompok pembanding ABJ sebelum intervensi adalah 65% dan meningkat setelah intervensi yaitu 85% dengan nilai *mean* = 20%, HI pada pretest diperoleh nilai 35 dan menurun pula walaupun tidak diberi intervensi yaitu 14 dengan nilai *mean* = 21, CI pada kelompok pembanding pretest diperoleh nilai 8 dan menurun walaupun tidak diberi intervensi yaitu 5 dengan nilai *mean* = 3 dan untuk BI pada pengukuran pretest diperoleh nilai 50 dan walaupun tidak diberi intervensi tetap menurun menjadi 29 dengan nilai *mean* = 21. BI merupakan indeks yang paling baik karena menunjukkan hubungan antara kontainer positif dengan jumlah rumah. BI juga akan mendapatkan profil dan karakter habitat jentik dan sekaligus jumlah serta potensi macam kontainer, sehingga data tersebut dapat digunakan sebagai upaya mengarahkan pemberantasan atau eliminasi jentik (Suroso, 2004)

Jika dilihat dari grafik masing-masing kelompok pembanding dan intervensi mengalami penurunan namun jika dilihat dari nilai mean pada masing-masing

kelompok dan pengukuran maka kelompok intervensi yang memiliki perubahan yang lebih besar dibandingkan dengan kelompok intervensi.

Sesuai dengan penelitian yang dilakukan Wiwik Trapsilowati tahun 2015 house index(HI), container index(CI) dan breteau index (BI) menunjukkan kecenderungan menurun. Hasil uji beda menggunakan paired samples t test menunjukkan bahwa terdapat peningkatan yang signifikan.





BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang Partispasi Masyarakat Dalam Pengendalian Vektor *Aedes aegepty* di Wilayah Kerja Puskesmas Turikale khususnya Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale Kabupaten Maros yang dilakukan mulai tanggal 12 Agustus – 28 September 2019 dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Ada pengaruh dengan peningkatan pengetahuan sebelum dan setelah intervensi melalui program intervensi sosialisasi DBD dan kartu pemantau jentik berbasis partisipatif di Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale Kabupaten Maros tahun 2019
2. Ada pengaruh dengan peningkatansikap sebelum dan setelah intervensi melalui program intervensi sosialisasi DBD dan kartu pemantau jentik berbasis partisipatif di Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale Kabupaten Maros tahun 2019
3. Ada pengaruh dengan peningkatanperilaku sebelum dan setelah intervensi melalui program intervensi sosialisasi DBD dan kartu pemantau jentik berbasis partisipatif di Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale Kabupaten Maros tahun 2019
4. Ada pengaruh dengan peningkatan nilai ABJ dan penurunan nilai HI, CI dan BI pada kepadatan jentik sebelum dan setelah intervensi melalui program intervensi sosialisasi DBD dan kartu pemantau jentik berbasis partisipatif di Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale Kabupaten Maros tahun 2019

B. Saran

Dari hasil penelitian tentang Partispasi Masyarakat dalam Pengendalian Vektor *Aedes aegepty* di Wilayah Kerja Puskesmas Turikale khususnya Kelurahan Adatongeng Kecamatan Turikale Kabupaten Maros yang telah dilakukan. Ada beberapa saran yang penting untuk dilakukan sebagai berikut :

1. Bagi Dinas Kesehatan

Meningkatkan kordinasi baik dari pihak puskesmas maupun kepala pemerintahan yang ada untuk melakukan berbagai program penanggulangan penyakit DBD di Kabupaten Maros

2. Kader Kesehatan

Meningkatkan motivasi masyarakat untuk melakukan PSN dan pengisian kartu pemantau jentik guna mencegah meningkatnya penyebaran penyakit DBD.

3. Masyarakat

Meningkatkan daya minat atau partisipasi pada program pencegahan yang dilakukan oleh pihak puskesmas dan dinas untuk menurunkan atau mengeliminasi kasus demam berdarah di Kabupaten Maros.

C. Keterbatasan Penelitian

1. Dalam melakukan penelitian, beberapa alamat responden tidak terlalu jelas sehingga menyulitkan peneliti untuk
2. pustaka dari penelitian maupun jurnal yang berkaitan partisipasi mencari alamat dari responden.
3. Penelitian ini sulit dalam memperoleh kajian masyarakat dalam pengendalian vektor DBD dikarenakan berkaitan dengan penelitian ini masih kurang.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, Umar Fahmi. 2011. *Dasar-Dasar Penyakit Berbasis Lingkungan*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Ach. Wazir Ws. 1999. *Panduan Penguatan Manajemen Lembaga Swadaya Masyarakat*. Jakarta.
- Alfiandra, 2009. *Kajian Partisipasi Masyarakat yang Melakukan Pengelolaan Persampahan 3R di Kelurahan Ngaliyan dan Kalipancur*. Semarang: Undip
- Anisatullaila. 2010. *Pengaruh Partisipasi Masyarakat Terhadap Pemanfaatan POSKESDES Di Kecamatan Pancur Batu Kabupaten Deli Serdang*. Tesis. FKM USU. Medan
- Dapartemen Agama RI 2010. *Al-Quran dan Terjemahan*. (Bandung : CV Diponogoro)
- Davis , K dan Newstrom, J. 1989. *Human Behavior at Work Organization Behavior*. Singapore : Mc.Graw-Hill International
- Depkes RI. 2005. *Pencegahan dan Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah*. Jakarta : Pusat Promosi Kesehatan
- Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. 2008. *Petunjuk Teknis Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN DBD) Oleh Juru Pemantau Jentik (JUMANTIK)*. Jakarta : Kementrian Kesehatan RI
- Djunaedi D. 2006. *Demam Berdarah Dengue, Epidemiologi Immunopatologi, Patogenesis, Diagnosis dan Penatalaksanaanya*: Malang: UMM Press
- Effendi, Onong Uchjana. 2011. *Ilmu Komunikasi, Teori dan Praktek*. Bandung
- Ernawati, Kholis, Yusnita, Dewi Citra, Fathul Jannah, Sophianita. 2018. *Peningkatan Pengetahuan Tentang Program Demam Berdarah Komunitas Ibu Rumah Tangga: Hasil Dari Satu-Hari Penyuluhan Kerjasama Antara Perguruan Tinggi dan Masyarakat di Jakarta Pusat*. Journal Community Medicine and Public Health Vol.35.
- Furnanda, R. 2012. *Partisipasi Ibu Rumah Tangga dalam Mewujudkan Program Medan Green and Clean (MdGC) melalui Pengelolaan Bank Sampah di Lingkungan II Kelurahan Tanjung Gusta Kecamatan Medan Helvetia Kota Medan*. Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. Medan

- Hasyim, M. 2009. *Faktor-Faktor Ekonomi Dan Non Ekonomi Yang Mempengaruhi Tingkat Partisipasi Masyarakat Dalam Perencanaan Pembangunan Daerah Di Kota Bima Provinsi Nusa Tenggara Barat (Studi Kasus Di Kecamatan Rasanee Barat Dan Asakota)*. Tesis. Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Gajah Mada. Yogyakarta.
- Harmani, N. Hamal. 2013. *Hubungan Karakteristik Ibu dengan Perilaku Pencegahan Penyakit DBD di Kecamatan Karang Tengah Kabupaten Cianjur Provinsi Jawa Barat Tahun 2013*
- Hermes, W. 2006. *Medical Entomology*. The Macmillan Company, United States of America
- Lanriatudin, Yusran Haskas, Sumira. *Gambaran Keberdayaan Masyarakat Dalam Pengendalian Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-Kassi*. Makassar : Stikes Nani Hasanuddin dan Poltekkes Kemenkes Makassar
- Lawira, Abdul Malik. 2015. *Peran Keluarga dan Petugas Kesehatan terhadap Penanggulangan Penyakit Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Talise*. Jurnal Ilmu Kesehatan.
- Lestari, K., 2007, *Epidemiologi dan pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) Di Indonesia* : Farmaka
- Lubis, D., Purnama, S.G., Ekawati, K. & muliantari N, k.a., 2012. *Asosiasi Pengetahuan Tentang Demam Berdarah dan Upaya Pemberantasan Sarang Nyamuk Di Kelurahan Sesetan, Denpasar Selatan, Bali*. Archive of Community Health.
- Mikkelsen, Britha, 2011. *Metode Penelitian Partisipatoris dan Upaya Pemberdayaan*. Jakarta : Yayasan Pustaka Obor Indonesia
- Miles, B Mathew dan Michael Huberman. 1992. *Analisis Data Kualitatif Buku Sumber Tentang Metode-metode Baru*. Jakarta :UIP
- Monintja, Tyrsa C.N. 2005. *Hubungan Antara Karakteristik Individu, Pengetahuan dan Sikap dengan Tindakan PSN DBD Masyarakat Kelurahan Malalayang I Kecamatan Malalayang Kota Manado*. Manado : Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi
- Mubarak, Wahid Iqbal. 2006. *Ilmu Keperawatan Komunitas 2. Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Newcomb, Theodore M. 1981. *Psikologi Sosial*. Bandung: CV Dipenogoro

- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2007. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2010. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta
- Noor, N.N. 2008. *Epidemiologi*, Jakarta. Rineka Cipta.
- Pemerintah Kota Semarang. 2010. *Peraturan Daerah Kota Semarang No 5 Tahun 2010 Tentang Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue*. Indonesia
- Pramestuti, SS. Dan N. 2014. *Surveilans Aedes aegypti di Daerah Endemis Demam Berdarah Dengue*: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional.
- Prihatnolo, 2009. *Hubungan Curah Hujan Dengan Kejadian DBD*. Semarang
- Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Maros Tahun 2017 dan 2018
- Profil Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2015-2017
- Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016
- Pusat Promosi Kesehatan. 2009. *Promosi Kesehatan Komitmen Global dari Ottawa-Jakarta-Nairobi Menuju Rakyat Sehat*. Jakarta
- Sakti TS; Budi K. *Upaya Meningkatkan Partisipasi Masyarakat dalam Program Pemberantasan Sarang Nyamuk (Studi di Kelurahan Kota Bambu Selatan)*. Jakarta
- Sang, Gede Purnama dkk. 2017. *Pengetahuan Sikap dan Perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk Terhadap Infeksi Dengue Di Kecamatan Denpasar Selatan, Kota Denpasar* : Bali Arc.Com Health Vol.2 No.1
- Sarwono. 2000. *Teori-teori Psikososial*. Jakarta : Raja Grafindo Persada
- Saryono. 2010 *Metodologi Penelitian Kesehatan Penuntun Praktis Bagi Pemula*. Yogyakarta. Mitra Cendikia.
- Sastropetro, Santoso R.A., 1988. *Partisipasi, Komunikasi, Persuasi, dan Disiplin Dalam Pembangunan Nasional*. Alumni Bandung
- Satari, H dan Milasari M. 2004. *Demam Berdarah Perawatan di Rumah dan Rumah Sakit* , Jakarta: Puspasuara.
- Shihab, Muhammad Quraish. 2007 *Pengantin Al-Qur'an*. Jakarta : Lentera Hati

- Soedarto, 2009. *Penyakit Menular di Indonesia*. Penerbit Sagung Seto, Jakarta
- Soegijanto, S. 2004 *Manifestasi Klinik Demam Berdarah Dengue*. Surabaya. Airlangga University Press.
- Soegijanto, S. 2003. *Demam Berdarah Dengue di Indonesia*. Jakarta: Fakultas Kedokteran UI.
- Soegijanto, S. 2006. *Demam Berdarah Dengue*. Edisi 2. Airlangga University Press. Surabaya.
- Suciati. 2006. *Partisipasi Masyarakat dalam Penyusunan Rencana Umum Tata Ruang Kota Pati*. Magister Tesis Universitas Dipenogoro. Semarang.
- Sugiyono, Sridartono. 2016. *Pengaruh Pelatihan Pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD) terhadap Tingkat Pengetahuan dan Sikap Siswa Di SDN Wirogunan I Kartasura Kabupaten Sukoharjo*. Dinas Kabupaten Intan Jaya
- Sunaryo. 2004. *Psikologi untuk kesehatan*. Jakarta. EGC
- Suroso, T. 2004. *Situasi Epidemiologi dan Program Pemberantasan DBD di Indonesia. Makalah Seminar Kedokteran Tropis Kajian KLB Demam Berdarah Dengue dari Biologo Molekuler Sampai Pemberantasannya*. D.I Yogyakarta : Pusat Kedokteran Tropis. Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada
- Sutaryo, 2005. *Dengue, Yogyakarta*. Medika FK UGM
- Syafruddin D. 2011, *Identifikasi Mutasi Noktah "gen voltage gated sodium channel" aedes aegypti resisten terhadap insektisida pyrethoroid*. Semarang, Jawa Tengah : Buletin Penelitian Kesehatan
- Syamsuddin dan Damayanti. 2011. *Metode Penelitian*. Bandung: Angkasa
- Trapsilowati, Wiwik dkk. 2015. *Partisipasi Masyarakat Dalam Pengendalian Vektor Demam Berdarah Dengue Di Kota Semarang Provinsi Jawa Tengah*. Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Vektor dan Reservoir Penyakit, Badan Litbangkes Kemenkes. Universitas Gadjah Madah
- Tony, Buzan . 2002. *Buku Pintar Mind Map*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama
- WHO. 1992. *Vector Resistance Pesticide : Fifteenth Report of the WHO Expert Committee on Vector Biology and Control*. Geneva : WHO Press
- Walgito. 2009. *Pengantar Psikologi Umum*. Yogyakarta : Penerbit Andi

- Widiarti; Riyani Setiyaningsih, Diana Andriyani Pratamawati. 2018. *Implementasi Pengendalian Vektor DBD di Provinsi Jawa Tengah*. Salatiga: Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Vektor dan Reservoir Penyakit.
- Yatim,F.2007. *Macam-macam Penyakit menular dan Cara Pencegahannya* Jilid 2. Penerbit Pustaka Obor Populer, Jakarta.
- Yulianti, Lia. 2016. *Perbedaan Pendidikan Kesehatan Metode Ceramah dan Metode Poster Dalam Meningkatkan Pengetahuan Siswa Tentang Demam Berdarah*. Skripsi Universitas Muhammadiyah Purwokerto.



L A M P I R A N



Lampiran 1

Lembar Persetujuan Menjadi Responden Penelitian Partisipasi Masyarakat Dalam Penanggulangan Vektor Demam Berdarah Dengue (DBD) Di Wilayah Kerja Puskesmas Turikale Kabupaten Maros Tahun 2019

Saya yang bernama Vika Yuliandira/ 70200115010 adalah mahasiswi Program S-1 Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar yang sedang melakukan penelitian tentang “Partisipasi Masyarakat Dalam Pengendalian Vektor Demam Berdarah Dengue (DBD) Di Wilayah Kerja Puskesmas Turikale Tahun 2019”. Penelitian ini merupakan salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar.

Untuk keperluan tersebut saya mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Selanjutnya saya mohon kesediaannya untuk mengisi kuesioner ini dengan jujur. Jika bersedia, silahkan menandatangani lembar persetujuan ini sebagai bukti kesukarelaan Bapak/Ibu. Semua informasi yang Bapak/ Ibu berikan akan dirahasiakan dan hanya akan dipergunakan dalam penelitian ini.

Terima kasih atas partisipasi Bapak/Ibu dalam penelitian ini.

Maros,.....

Peneliti

Responden

(Vika Yuliandira)

()

Lampiran 2

KUESIONER

Petunjuk Pengisian:

Isilah dan beri tanda (X) pada salah satu jawaban yang sesuai dengan identitas, pengetahuan dan pendapat Bapak/Ibu.

IDENTITAS RESPONDEN

1. Tanggal pengisian :
2. No Responden :
3. Nama :
4. Umur : Tahun.
5. Jenis Kelamin : a. Laki-laki b. Perempuan
6. Agama :
 - a. Islam
 - b. Kristen
 - c. Hindu
 - d. Budha
7. Pendidikan Terakhir :
 - a. Perguruan tinggi
 - b. SMU / Sederajat
 - c. SMP / Sederaja
 - d. SD / Sederajat
 - e. Tidak Sekolah
8. Status Perkawinan :
 - a. Belum Kawin
 - b. Kawin
 - c. Duda/Janda

9. Pekerjaan :

- a. PNS/ ABRI/ Pensiunan
- b. BUMN/ BUMD
- c. Swasta/ Pedagang
- d. Petani
- e. Lain-lain, sebutkan

10. Jumlah anggota keluarga yang menjadi tanggungan anda (termasuk Saudara):

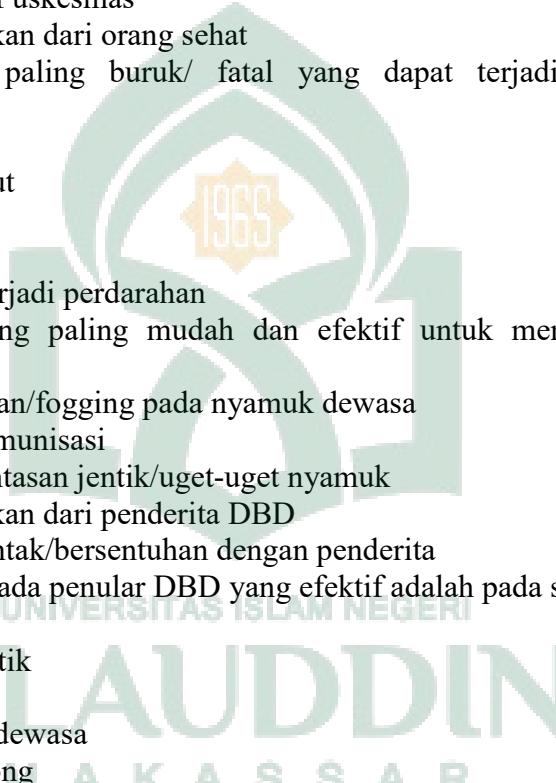
- a. <4 orang
- b. 2. 5 –7 orang
- c. 3. > 7 orang

11. Jumlah penghasilan per bulan :

- a. < Rp 500.000,-
- b. Rp 501.000,-s/d 750.000,-
- c. Rp 751.000,-s/d 1.000.000,-
- d. Rp 1.000.000,-s/d 1.250.000,-
- e. > 1.250.000,-

A. PENGETAHUAN TENTANG DBD

1. Apakah penyebab penyakit demam berdarah dengue (DBD)?
 - a. Kuman
 - b. Virus
 - c. Bakteri
 - d. Plasmodium
 - e. Spora
2. Hewanapa yang dapat menularkan penyakit DBD?
 - a. Kecoa
 - b. Tikus
 - c. Lalat
 - d. Nyamuk
 - e. Bakteri
3. Melalui apakah penularan penyakit DBD dari satu orang ke orang lain?
 - a. Bersin
 - b. Sentuhan kulit
 - c. Gigitan nyamuk
 - d. Suntikan
 - e. Air liur
4. Penyakit DBD dapat menyerang pada siapa saja ?
 - a. Bayi
 - b. Anak-anak
 - c. Remaja
 - d. Dewasa
 - e. Semua golongan umur
5. Kapanakah penular penyakit DBD mulai menularkan pada manusia?
 - a. Pagi hari
 - b. Malam hari
 - c. Pagi –sore hari
 - d. Siang –sore hari
 - e. Sore –malam hari
6. Di tempat mana saja hewan penular penyakit DBD tidak suka bertelur?
 - a. Bak mandi
 - b. Tempayan/gentong
 - c. Kaleng bekas yang tergenang air
 - d. Tempat minum burung
 - e. Di selokan/ got
7. Berikut ini manakah yang bukan merupakan gejala penyakit demam berdarah?
 - a. Mendadak panas tinggi 2 -7 hari

- 
- b. Tampak bintik merah pada kulit
c. Sering nyeri ulu hati
d. Gelisah, ujung jari tangan dan kaki dingin
e. Sering buang air kecil
8. Apa yang tidak perlu dilakukan jika ada keluarga atau tetangga terdekat kita terkena penyakit DBD?
- a. Beri banyak air minum
b. Kompres dengan air dingin
c. Beri obat turun panas
d. Bawa ke Puskesmas
e. Menjauhkan dari orang sehat
9. Apakah akibat paling buruk/ fatal yang dapat terjadi pada penderita penyakit DBD?
- a. Kejang
b. Sakit perut
c. Pingsan
d. Kematian
e. Mudah terjadi perdarahan
10. Cara apakah yang paling mudah dan efektif untuk mencegah penularan penyakit DBD?
- a. Pengasapan/fogging pada nyamuk dewasa
b. Melalui imunisasi
c. Pemberantasan jentik/uget-uget nyamuk
d. Menjauhkan dari penderita DBD
e. Tidak kontak/bersentuhan dengan penderita
11. Pemberantasan pada penular DBD yang efektif adalah pada stadium/faseapa?
- a. Telur
b. Larva/jentik
c. Pupa
d. Nyamuk dewasa
e. Kepompong
12. Kapan waktu yang paling tepat untuk melakukan pengendalian vektor DBD?
- a. Bila ada warga yang menderita DBD
b. Setiap didatangi petugas kesehatan
c. Secara rutin dan berkesinambungan
d. Bila ada wabah penyakit DBD
e. Kalau ada kerja bakti lingkungan
13. Manakah di bawah ini yang benar menurut Saudara?
- a. Menguras bak mandi tiap 1 minggu sekali
b. Menguras bak mandi tiap 2 minggu sekali
c. Menguras bak mandi sekali per bulan
d. Menguras bak tidak perlu jika airnya masih bersih
e. Menguras bak jika sempat

14. Selain menguras bak mandi, bagaimana cara tepat mencegah adanya jentik?
- Ditaburi serbuk abate
 - Ditutup
 - Dikosongkan airnya
 - Dibiarkan saja
 - Dibuang melalui bagian bawah saja
15. Berikut ini mana yang tidak termasuk program pengendalian vector DBD ?
- Menguras, menutup dan mengubur
 - Pengasapan/fogging
 - Memelihara ikan pemakan jentik
 - Menaburi serbuk abate
 - Menguras bak mandi jika sempat
16. Kapan seharusnya pengasapan/ fogging pada nyamuk dewasa dilakukan?
- Seminggu sekali
 - 1 bulan sekali
 - 2 kali dalam sebulan
 - Bila ada warga terkena DBD
 - Bila ada permintaan warga
17. Menurut Saudara bak mandi yang sudah ditaburi abate harus diperlakukan bagaimana agar tidak ada jentiknya?
- Air dibiarkan dan tidak dikuras selama 1-2 bulan
 - Air dikuras dan dinding bak mandi digosok sampai bersih
 - Air dikuras dan dinding bak mandi tidak digosok terlebih dahulu
 - Air ditambah terus sampai tumpah tanpa dikuras
 - Air tidak perlu dikuras bila masih bersih
18. . Di tempat penampungan air mana yang tidak perlu ditaburi serbuk abate?
- Bak mandi
 - Tempayan/gentong
 - Tandon air
 - Jambangan bunga
 - Sumur
19. Berapa lama daya lekat serbuk abate dapat bertahan menempel pada dinding tempat penampungan air setelah ditaburkan?
- 1 –7 hari
 - 2 –4 minggu
 - 1 –3 bulan
 - 3 –5 bulan
 - > 1 tahun

20. Siapa saja yang berkewajiban melaksanakan pemberantasan sarang nyamuk?
- a. Petugas kesehatan
 - b. Kader kesehatan
 - c. Kepala keluarga
 - d. Warga yang terkena DBD
 - e. Semua anggota masyarakat



B. SIKAP TENTANG PENGENDALIAN VEKTOR DBD

Petunjuk Pengisian:

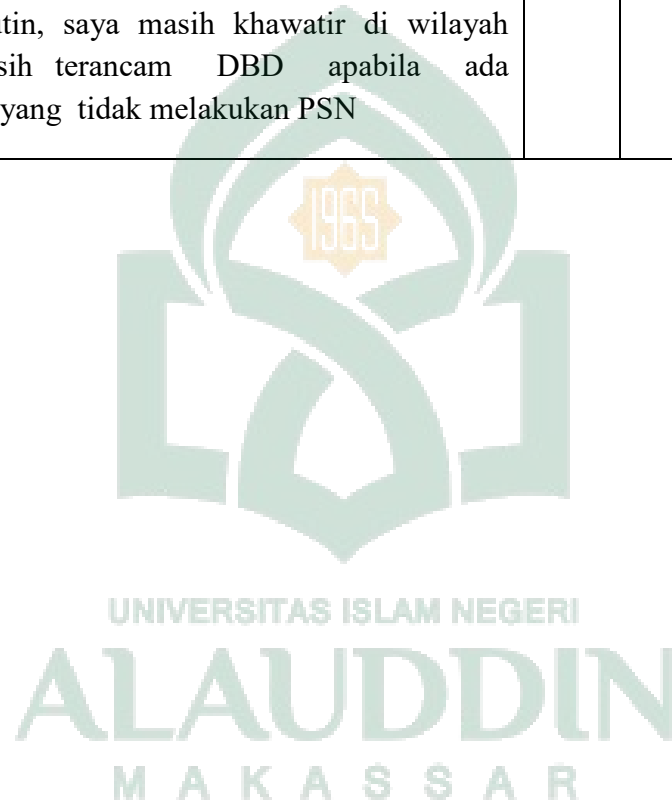
Pilihlah salah satu jawaban dari pernyataan di bawah ini sesuai pendapat dan pandangan Saudara dengan memberi tanda rumput (V) pada kolom :

- SS bilamana Sangat Setuju
- S bilamana Setuju
- TS bilamana Tidak Setuju
- STS bilamana Sangat Tidak Setuju

NO	PERNYATAAN	SS	S	TS	STS
1.	Menurut saya, tidak semua jenis nyamuk dapat menyebabkan penyakit demam berdarah				
2.	Saya percaya bahwa penyakit DBD hanya ditularkan oleh nyamuk Aedes aegypti				
3.	Menurut saya warna nyamuk Aedes aegypti adalah bintik-bintik hitam putih				
4.	Saya yakin bahwa nyamuk Aedes aegypti senang bertelur di air jernih dan bersih				
5.	Menurut saya tempat-tempat yang bisa menjadi saran jentik adalah bak mandi, tempayan, tempat minum burung, ban bekas, perangkap semut				
6.	Saya yakin bahwa meskipun bak mandi bersih (porselin/keramik) tetap bisadihuni jentik				
7.	Menurut saya menguras bak mandi dilakukan minimal seminggu sekali				
8.	Saya yakin bahwa cara efektif untuk mencegah penyakit DBD adalah melalui pemberantasan sarang nyamuk (PSN)				
NO	PERNYATAAN	SS	S	TS	STS

9.	Saya senang melakukan PSN setiap minggu agar terhindar dari penyakit DBD				
10.	Saya lebih senang melakukan PSN daripada menggunakan obat nyamuk untuk mencegah penyakit DBD				
11.	Saya masih khawatir tertular penyakit DBD sebelum dilakukan penyemprotan oleh petugas kesehatan				
12.	Saya percaya bahwa nyamuk Aedes aegypti hanya menggigit pada waktu pagi dan sore saja				
13.	Setelah saya tahu manfaat PSN, saya rajin untuk melaksanakan PSN setiap minggu				
14.	Menurut saya menaburkan bubuk abate pada bak mandi sebaiknya dilakukan karena sifatnya tidak beracun dan mengotori air				
15.	Menurut saya pelaksanaan PSN oleh masyarakat lebih baik daripada abatisasi oleh petugas kesehatan				
16.	Menurut saya yang dimaksud PSN dengan 3M adalah Menutup, Menguras tempat penampungan air, dan Mengubur barang-barang bekas				
17.	Saya percaya bahwa ban bekas, kaleng serta botol-botol bekas dapat menjadi tempat berkembang biak nyamuk Aedes aegypti, sehingga barang-barang tersebut harus dikubur				
NO	PERNYATAAN	SS	S	TS	STS

18.	Saya tertarik melakukan PSN secara rutin apabila keluarga saya belum pernah terkena penyakit DBD				
19.	Menurut saya dalam melaksanakan PSN tidak cukup dilakukan oleh petugas kesehatan saja tapi juga perlu melibatkan masyarakat				
20.	Meskipun masyarakat melaksanakan PSN secara rutin, saya masih khawatir di wilayah saya masih terancam DBD apabila ada sekolah yang tidak melakukan PSN				



C. TINDAKAN DALAM PENGENDALIAN VEKTOR DBD

Petunjuk Pengisian:

Pilihlah salah satu jawaban dari pernyataan di bawah ini dengan melingkari Y jika Ya dan T jika Tidak pada kolom :

NO	PERNYATAAN	JAWABAN	SKOR
1.	Saya senantiasa ikut serta dalam program pemberantasan sarang nyamuk (PSN) yang dianjurkan oleh petugas Puskesmas	Y T	
2.	Saya ikut melaksanakan PSN setiap minggu sekali agar terhindar dari penyakit DBD	Y T	
3.	Dalam melaksanakan PSN saya juga melibatkan semua anggota keluarga saya	Y T	
4.	Saya hanya membuang air bak mandi saja dan menggosok dindingnya agar tidak terdapat jentik nyamuk	Y T	
5.	Saya lebih sukamelakukan PSN dari pada memakai obat nyamuk untuk mencegah DBD	Y T	
6.	Saya selalu mengajak tetangga sekitar rumah untuk memeriksa jentik di bak mandi, WC dan tempayan di rumah masing-masing agar tidak ada jentiknya	Y T	
7.	Saya selalu melakukan PSN secara rutin walaupun anggota keluarga saya belum pernah ada yang terkena penyakit DBD	Y T	
NO	PERNYATAAN	JAWABAN	SKOR

8.	Mengingat penyakit DBD dapat berakibat kematian saya harus lebih giat lagi melakukan PSN DBD secara rutin	Y	T	
9.	Setiap petugas kesehatan memberi abate maka saya menaburkannya di tempat penampungan air karena tidak beracun dan mengotori air	Y	T	
10.	Saya senantiasa ikut serta dalam kerja bakti dengan melakukan 3 M di lingkungan rumah saya	Y	T	
11.	Saya sudah mengusulkan diadakan kerja bakti secara rutin dengan melakukan PSN dalam rapat RT apabila ada warga yang menderita DBD	Y	T	
12.	Saya memeriksa sendiri semua tempat penampungan air di rumah sendiri yang bisa dihuni jentik nyamuk	Y	T	
13.	Saya segera menghubungi petugas kesehatan untuk minta disemprot saja apabila ada warga yang menderita DBD	Y	T	
14.	Keluarga saya tidak mempunyai kebiasaan menggantung pakaian di dalam rumah	Y	T	

Lampiran 3

PEDOMAN WAWANCARA

A. Pedoman wawancara untuk Kepala Puskesmas

I. Identitas Informan

Nama :
Jenis Kelamin :
Umur :
Pendidikan Terakhir :
Tanggal Wawancara :

II. Pertanyaan

1. Bagaimanakah proses persiapan program penanggulangan DBD?
2. Apa saja yang ibu lakukan dalam menyikapi kasus DBD? Bagaimana langkah pelaporan yang ibu lakukan?
3. Pada saat terjadi DBD apakah ibu melakukan koordinasi dengan pihak-pihak yang terkait dalam penanggulangan DBD?
4. Apa saja program yang dilakukan untuk penanggulangan kasus DBD?
5. Bagaimana ketersediaan SDM untuk pelaksanaan program penanggulangan DBD?
6. Bagaimana dengan sumber pendanaan untuk pelaksanaan program?
7. Bagaimana kelengkapan sarana dan prasarana untuk pelaksanaan program penanggulangan DBD?
8. Apakah pelaksanaan program sudah sesuai dengan instruksi yang diberikan? Bagaimana koordinasi dengan pihak terkait dalam pelaksanaan program?
9. Apakah program penanggulangan DBD dilakukan lintas program?
10. Apa saja hambatan yang dialami dalam pelaksanaan program?
11. Adakah kegiatan pengawasan terhadap program yang dilaksanakan? Siapa yang mengawasi?
12. Apakah setiap pelaporan kasus selalu ditanggapi dengan cepat?
13. Bagaimanakah output dari pelaksanaan program yang dilaksanakan?
14. Apakah masyarakat terlibat aktif dalam penanggulangan DBD? Bagaimana bentuk keterlibatannya?

B. Pedoman wawancara untuk Penanggung Jawab P2 DBD

I. Identitas Informan

Nama :
Jenis Kelamin :
Umur :
Pendidikan Terakhir :
Tanggal Wawancara :

II. Pertanyaan :

1. Siapa saja yang menjadi pelaksana teknis program penanggulangan DBD?
2. Apa saja tugas petugas P2DBD?
3. Adakah tata cara/ juklak/ juknis yang mengatur dan digunakan untuk mendukung proses pelaksanaan kegiatan program penanggulangan DBD? Jika ada, seperti apa bentuknya?
4. Adakah pelatihan untuk pengarahan pelaksanaan setiap kegiatan yang akan dilakukan? Jika ada, seperti apa pelatihannya dan siapa sumbernya?
5. Sarana dan prasarana apa saja yang diperlukan untuk mendukung pelaksanaan tiap kegiatan program penanggulangan DBD?
6. Bagaimana ketersediaan sarana dan prasarana untuk pelaksanaan kegiatan program penanggulangan DBD?
7. Bagaiamanakah pelaksanaan program penanggulangan DBD?
8. Menurut anda apakah pelaksanaan program tersebut mampu menurunkan angka kasus DBD?

C. Pedoman wawancara untuk Penanggung Jawab Kesehatan Lingkungan

I. Identitas Informan

Nama :
Jenis Kelamin :
Umur :
Pendidikan Terakhir :
Tanggal Wawancara :

II. Pertanyaan :

1. Apakah bapak selalu dilibatkan dalam pelaksanaan program penanggulangan DBD?
2. Siapa saja pelaksana teknis dalam pelaksanaan program penanggulangan DBD?
3. Apa saja yang bapak lakukan dalam menyikapi kasus DBD? Bagaimana langkah pelaporan yang bapak lakukan?
4. Pada saat terjadi KLB apakah bapak melakukan koordinasi dengan pihakpihak yang terkait dalam penanggulangan DBD?
5. Bagaimanakah perencanaan dari program penanggulangan DBD?
6. Apasaja program yang dilakukan untuk penanggulangan kasus DBD?
7. Bagaimana ketersediaan SDM untuk pelaksanaan program penanggulangan DBD?
8. Bagaimana dengan sumber pendanaan untuk pelaksanaan program?
9. Bagaimana kelengkapan sarana dan prasarana untuk pelaksanaan program penanggulangan DBD?
10. Apakah pelaksanaan program sudah sesuai dengan instruksi yang diberikan? Bagaimana koordinasi dengan pihak terkait dalam pelaksanaan program?
11. Apakah program penanggulangan DBD di lakukan lintas program?
12. Apa saja hambatan yang dialami dalam pelaksanaan program?
13. Adakah kegiatan pengawasan terhadap program yang dilaksanakan? Siapa yang mengawasi?
14. Apakah setiap pelaporan kasus selalu ditanggapi dengan cepat?
15. Bagaimanakah output dari pelaksanaan program yang dilaksanakan?

D. Pedoman wawancara Camat

I. Identitas Informan

Nama :
Jenis Kelamin :
Umur :
Pendidikan Terakhir :
Tanggal Wawancara :

II. Pertanyaan :

1. Menurut laporan kasus DBD, Puskesmas Hutabaginda kasus DBD cukup tinggi. Dengan adanya kasus tersebut, apakah langkah-langkah yang seharusnya dilakukan? Bagaimana pelaksanaannya?
2. Apakah langkah-langkah tersebut ada dikoordinasikan baik lintas sektor maupun program?
3. Apakah dalam penanggulangan kasus DBD diperlukan koordinasi? Jika ya, mengapa ?
4. Apasaja program yang dilakukan untuk penanggulangan kasus DBD?
5. Bagaimana dengan sumber pendanaan untuk pelaksanaan program?
6. Bagaimana kelengkapan sarana dan prasarana untuk pelaksanaan program penanggulangan DBD?
7. Apakah pelaksanaan program sudah sesuai dengan instruksi yang diberikan? Bagaimana koordinasi dengan pihak terkait dalam pelaksanaan program?
8. Apakah program penanggulangan DBD di lakukan lintas program?
9. Apa saja hambatan yang dialami dalam pelaksanaan program?

E. Pedoman wawancara untuk Kepala Kelurahan

I. Identitas Informan

Nama :
Jenis Kelamin :
Umur :
Pendidikan Terakhir :
Tanggal Wawancara :

II. Pertanyaan :

1. Apakah bapak/ibu selalu melapor kan setiap kasus DBD yang terjadi di desa bapak/ibu?
2. Bagaimanakah koordinasi yang bapak/ibu lakukan dengan pihak puskesmas?
3. Apakah selalu ditanggapi dengan cepat pelaporan yang dilakukan?
4. Apakah setiap selesai pelaporan selalu dilakukan program penanggulangan oleh pihak puskesmas?
5. Apakah bapak/ ibu menginstruksikan kepada warga untuk ikut berpartisipasi dalam menyukseskan program dari puskesmas?
6. Bagaimana dampak yang bapak/ibu lihat dari hasil pelaksanaan program penanggulangan DBD?

Lampiran 4 Lembar Observasi Pemantauan Jentik

Lampiran 4 Lembar Observasi Pemantauan Jentik

Nama :

Alamat:

No hp (WA) :

No	Jenis Kontainer (Tempat Penampungan Air)	Letak TPA		Jumlah	Status Jentik (+) (-)
		Dalam	Luar		
1	Bak Mandi				
2	Bak WC				
3	Ember				
4	Tempat Penampungan Air				
5	Dispenser				
6	Kulkas				
7	Pot Bunga				
8	Vas Bunga				
9	Ban Bekas				
10	Akuarium				
11	Kaleng Bekas				
12	Tempat air minum burung				
13	Lubang Pohon				
14					
15					
16					
17					
18					

Lampiran 6

Matriks Wawancara Informan

1. Penanggung jawab Program DBD (P2DBD)

Keberlangsungan Program Penanggulangan DBD					
No	Informasi	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
1.	Teknis program	RN	“Yang bertanggung jawab secara langsung itu saya dibantu dengan anak magang 1 orang, tetapi untuk DBD itu sendiri juga dibantu dengan bidang lain, masing-masing punya porsi, tetapi untuk program DBD nya itu P2DBD.”	Inroman mengatakan bahwa untuk pelaksanaan program DBD dibantu oleh lintas sektor yang memiliki pekerjaan masing-masing.	Dapat disimpulkan bahwa untuk program DBD tidak hanya satu bidang yang bekerja tapi dibantu oleh bidang-bidang lain.
2.	Pelaporan Kasus	RN	“jika ada kasus dimasyarakat tidak langsung ke saya tetapi melalui kader yang ada di poskeskel, kalau adami warga yang ada gejala DBD nya langsung mi biasa melapor kader nya ke puskesmas kalau lumayan banyak mi yang terkena apalagi diwilayah	Informan mengatakan bahwa pelaporan kasus dimulai dari kader yang ada di poskeskel lalu diteruskan ke pihak puskesmas apabila telah terjadi kasus yang cukup besar untuk ditindak lanjuti	Dapat disimpulkan bahwa system pelaporan dimulai dari poskelkel yang telah tersedia di masing-masing kelurahan.

			yang memang selalu mi ada kasus disitu. Kan kita juga lakukan survey jentik jadi kalau banyak ditemukan jentik kita juga langsung turun untuk fogging”		
3.	Jenis Program	RN	“Ada tiga, untuk pencegahan itu kita lakukan survey jentik 3 bulan sekali tapi dibantu juga dengan kader disana terus sosialisasi juga serta pembagian abate. Kalau ada kasus KLB baru ada pengasapan toh tapi sekarang fogging bukanmi dari puskesmas karena itu alat di kecamatan mi kita Cuma bantu untuk ajar saja teknisi nya untuk pakai itu alat”	Informan mengatakan bahwa terdapat tiga program pengendalian vektor DBD. Yaitu antara lain ; survey jentik, sosialisasi dan pembagian abate. Namun bila terjadi KLB maka segera dilakukan fogging	Dapat disimpulkan bahwa program pengendalian vektor DBD antara lain ; survey jentik, sosialisasi, pembagian abate dan bila terjadi KLB dilakukan fogging.

Sumber Daya Dalam Pelaksanaan Program					
No	Informasi	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
1.	Sarana dan Prasarana	RN	“Kalau dari puskesmas memadai ji Cuma untuk kader biassa kurangki, tapi ini baru-baru ada mi dibagikan KIT Jentik kayak senter, topi sama buku saku. Kalau alat fogging di kecamatan tapi untuk obatnya di dinas ki”.	Informan mengatakan bahwa sarana dan prasarana untuk semua program telah memadai lalu dibantu dengan pihak kementrian.	Dapat disimpulkan sarana dan prasarana telah memadai
2.	Sumber Daya Manusia	RN	“Kalau SDM kita bagusmi karena saya dulu ini sendiri tapi sekarang dibantu dengan anak magang sekarang juga program dibantu dengan lintas sektor toh kayak kesehatan lingkungan, sama promkes. Di tiap RW juga kita sudah ada jumentik dan supervisor	Infoman mengatakan bahwa SDM atau Sumber Daya Manusia sudah baik karena dalam setiap program pengendalian DBD selalu dilakukan oleh beberapa bidang antara lain kesehatan lingkungan dan promosi kesehatan selain itu dibantu pula oleh para kader	Dapat disimpulkan bahwa Sumber Daya Manusia (SDM) sudah baik.

			di tiap kelurahan		
3.	Pendanaan	RN	Cukup ji karena kalau program wajib mi sudah jelasmi anggarannya ituji kalau kasih masuk ki proposal program baru biasa ditolak ki karena alasan keuangan tapi kalau yang wajib mi dari dulu tidak pernah ji kurang.”	Informan mengatakan bahwa setiap kegiatan sudah memiliki anggaran yang jelas, namun untuk program inovasi harus membuat proposal permohonan terlebih dahulu	Dapat disimpulkan bahwa anggaran untuk setiap kegiatan sudah jelas.

Evaluasi Program					
No	Informasi	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
1.	Hambatan	RN	“Kalau dari kita toh tidak ada ji karena kan sudah dibikin memang jadwalnya jadi tidak adaji yang kasih hambatki, dana juga cepat ji turun. Yang jadi hambatan itu biasa dari masyarakatnya karena biasa malasm atau cuekki apalagi disini ban yak yang pegawai toh jadi begitu mi kesibukannya.”	Informan mengatakan bahwa tidak memiliki hambatan dalam pelaksanaan program bagi petugas kesehatan karena sudah memiliki jadwal yang jelas, hanya saja kurangnya partisipasi dari masyarakat yang membuat program mengalami hambatan.	Dapat disimpulkan bahwa bagi petugas kesehatan tidak memiliki hambatan namun, kurangnya partisipasi masyarakat yang membuat program terhambat.
2.	Output dari	RN	“kita selalu ki berupaya	Informan mengatakan	Dapat disimpulkan bahwa

	program		toh supaya ini DBD bisa kurang tiap tahunnya dan Alhamdulillah tahun 2019 ini agak berkurangmi karena adami juga surat edaran langsung dari bupati toh karena sekarang maros lagi gencar-gencarnya untuk program eliminasi DBD setelah sukses eliminasi malaria.”	bahwa selalu berupaya agar kasus DBD dapat menurun, dan pada tahun 2019 kasus DBD sudah mulai berkurang yang dikarenakan telah ada peraturan yang langsung dibuat oleh bupati.	kasus DBD pada tahun 2019 sudah mulai menurun
--	---------	--	---	--	---

2. Penanggung jawab Kesehatan Lingkungan

Keberlangsungan Program Penanggulangan DBD					
No	Informasi	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
1.	Teknis program	AS	“Untuk kesling kita biasaji dilibatkan kalau ada program, untuk teknisnya itu P2DBD bersama kesling dan promkes. Karena kalau ada satu masalah kesehatan begitu tidak boleh satu saja tapi harus	Informan mengatakan bahwa kesehatan lingkungan selalu dilibatkan dalam program pengendalian DBD. Karena diperlukan kerjasama untuk menangani satu masalah kesehatan	Dapat disimpulkan bahwa kesehatan lingkungan selalu dilibatkan dalam pelaksanaan program

			terlibat semua masing-masing dengan ininya kapasitasnya toh, seperti surveylance dia liat determinan penyakitnya, kita di kesling liat bagaimana resiko lingkungannya, kalau promosi di penyuluhannya terkait perilaku. Jadi ini program DBD lintas program ki tapi ini mi Bu NA yang jadi penanggung jawabnya”		
2.	Pelaporan Kasus	AS	“Kalau pelaporannya tetap penanggungjawab kalau kita kan, 2 tahun lalu kita masih buat pelaporan tersendiri tapi sekarang ada perubahan teknis jadi semua di surveylance. Tapi untuk laporannya tetap dikerjakan bersama. Untuk pelaporan kasus kan tiap-tiap kelurahan sudah ada supervisor nya jadi nanti supervisornya yang	Informan mengatakan bahwa pelaporan kasus dimulai dari kader yang sudah tersedia di sertiap kelurahan, dan yang bertanggung jawab adalah P2DBD	Dapat disimpulkan bahwa yang membuat pelaporan pertama kali adalah kader yang ada di setiap kelurahan.

			membuat pelaporan ke kita tapi kan kita juga ada program jadi tetap kita damping juga secara langsung”		
3.	Jenis Program	AS	“Kunjungan rumah penderita DBD, kemarin juga ada pemasangan ovitrap untuk penghitungan kepadatan jentik.”	Informan mengatakan bahwa untuk program yang dilakukan bidang kesehatan lingkungan yaitu kunjungan rumah penderita, pemasangan ovitrap untuk menghitung kepadatan jentik	Dapat disimpulkan bahwa terdapat dua program yaitu kunjungan rumah dan pemasangan ovitrap.

Sumber Daya Dalam Pelaksanaan Program					
No	Informasi	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
1.	Sarana dan Prasarana	AS	“Kalau sarana dan prasara yang biasa sudah terbiyai semua tapi kalau yang inovasi terbaru belum tentu.”	Informan mengatakan bahwa sarana dan prasana sudah terpenuhi, namun untu program inovasi belum dapat dipastikan	Dapat disimpulkan bahwa sarana dan prasarana sudah terpenuhi
2.	Sumber Daya Manusia	AS	“Yah kalau untuk SDM nya kita memadai ada banyak yah selain itu kita juga dibantu oleh kader toh.”	Informan mengatakan bahwa SDM sudah memadai selain itu peran kader juga sangat membantu	Dapat disimpulkan bahwa SDM sudah memadai
3.	Pendanaan	AS	“Kalau pendanaan setiap	Infroman mengatakan	Dapat disimpulkan bahwa

			kegiatan itu ada, Cuma kayak kemarin itu ovitrap kan itu baru perencanaan jadi belum keluar dananya karena belum tentu ACC tapi selebihnya untuk pemberdayaan masyarakat semua terbiayai.”	bahwa pendanaan pada setiap program sudah teranggarkan dengan baik, kecuali untuk program inovasi.	pendanaan untuk program sudah teranggarkan dengan baik.
--	--	--	--	--	---

Evaluasi Program					
No	Informasi	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
1.	Hambatan	AS	“Saya rasa sudah bagus karena SDM memadai, pendanaan cukup. Untuk kesling selama ini hanya partisipasi masyarakat toh dalam kegiatan PSN tapi pada saat ada surat edaran bupati keterlibatan masyarakat sudah lumayan meningkat karena seringmi dibicarakan di majelis taklim jadi masyarakat sudah ada	Infroman mengatakan bahwa tidak ada hambatan karena SDM telah memadai dan pendanaan tercukupi. Hanya saja pasrtisipasi masyarakat yang kadang menjadi hambatan	Dapat disimpulkan bahwa yang menjadi hambatan hanya dari partisipasi masyarakat yang masih kurang

			yang bisa bergerak secara mandiri.”		
2.	Output dari program	AS	“Kalau untuk hasilnya kita masih berupaya maksimal hasilnya itu nanti bisa dilihat dipelaporan akhir tahun, tapi tahun 2018 kemarin DBD masih tinggi apalagi di perumnas sana yang sudah endemis mi memang”	Informan mengatakan bahwa hasil nya belum dapat bisa dilihat sekarang, dapat dilihat nanti pada saat membuat laporan akhir tahun tetapi sampai saat ini masih berupaya dengan baik	Dapat disimpulkan bahwa hasil yang jelas dapat dilihat pada laporan akhir tahun

3. Kepala Puskesmas

Keberlangsungan Program Penanggulangan DBD					
No	Informasi	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
1.	Teknis program	RA	“mulai dari tahap persiapan itu bidang P2DBD bekerja sama dengan Kesling dan Promkes merencanakan tiap kegiatan untuk program DBD lalu saya hanya mengawasi keberlangsungan dari program tersebut. Bentuk pengawasannya saya biasa ikut turun langsung kalau sempat toh, tapi kan juga ada ji setiap program itu lembar pertanggung jawabannya”	Informan mengatakan bahwa tahap persiapan dilakukan oleh P2DBD yang bekerja sama dengan bidang kesehatan lingkungan dan promosi kesehatan. Peran informan hanya mengawasi dalam keberlangsungan program	Dapat disimpulkan bahwa tahap persiapan sampai tahap evaluasi dilakukan oleh P2DBD dibantu oleh kesehatan lingkungan dan promosi kesehatan
2.	Pelaporan Kasus	RA	“setiap kelurahan kan punya poskeskel jadi nanti bidan yang disana toh, kan disini memang banyak bidan nah nanti dia yang melapor kalau ada kasus jadi kalau ada kasus langsung tanggap cepat dengan fogging toh tapi untuk pencegahannya	Infroman mengatakan bahwa pelaporan kasus dimulai dari kader yang sudah ada di Poskeskel di kelurahan masing-masing. Setelah itu bila terdapat kasus maka akan ditindak cepat	Dapat disimpulkan bahwa pelaporan kasus diulai dari kader yang sudah ada di kelurahan masing-masing

			itu biasa dibagikan abate dan lakukan juga survey jentik”		
3.	Jenis Program	RA	“itu mi yang tadi toh pembagian abate, survey jentik, sosialisasi juga dan kalau adami kasus baru dilakukan fogging”	Informan mengatakan bahwa jenis program antara lain : pembagian abate, survey jentik, sosialisasi dan fogging apa bila terdapat kasus	Dapat disimpulkan bahwa program yaitu pembagian abate, survey jentik dan sosilisasi serta fogging.

Sumber Daya Dalam Pelaksanaan Program					
No	Informasi	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
1.	Sarana dan Prasarana	RA	“Kalau semuanya disini sudah lengkap mi semua tidak adami yang kekurangan apalagi baru-baru ini juga ada penelitian dari Litbangkes jadi sedikit membantulah untuk sarana prasarana nya ke kader-kader khususnya yang sudah endemis toh kayak yang di perumnas sana”.	Informan mengatakan bahwa sarana dan prasarana telah lengkap, selain itu puskesmas juga mendapat bantuan dari Litbangkes untuk membantu memenuhi sarana dan prasarana	Dapat disimpulkan bahwa sarana dan prasarana sudah memadai.
2.	Sumber Daya Manusia	RA	“memadai karna kan di P2 sekarang adami anak	Informan mengatakan bahwa SDM sudah	Dapat disimpulkan bahwa SDM sudah memadai

			magang yang bantu mulai dari 2 tahun lalu toh, ini juga program lintas sektoral ki karena melibatkan juga Kesling sama Promkes selain itu kita juga punya kader-kader”	memadai karena dibantu oleh bidang-bidang lain	
3.	Pendanaan	RA	“dari BOK maksudnya cepatji kalau ada program dari P2 langsung keluar ji dana nya karena kan sudah memang direncanakan beberapa program dari P2 di awal tahun jadi untuk pendanaannya itu sudah jelas mi”	Informan mengatakan bahwa pendanaan setiap kegiatan berasal BOK dn sudah memadai, karena sudah terencana di awal tahun	Dapat disimpulkan bahwa pendanaan sudah memadai dan berasal dari BOK

Evaluasi Program					
No	Informasi	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
1.	Hambatan	RA	Yah itu hambatannya dari masyarakatnya, mungkin karena di adatongeng daerahnya sibuk karena rata-rata pegawai jadi untuk diajak untuk ikut, seperti pengisian kartu jentik	Inroman mengatakan bahwa yang menjadi hambatan adalah masyarakat yang kurang aktif yang disebabkan oleh kesibukan pekerjaan sehingga tidak memiliki waktu untuk melakukan	Dapat disimpulkan bahwa yang menjadi hambatan adalah masyarakat yang kurang aktif yang disrbabkan oleh kesibukan.

			mereka belum sadar. Atau mungkin sadarji tapi tidak ada waktunya	pengisian kartu pemantau jentik	
2.	Output dari program	RA	Hasilnya yah lumayan mi tapikan karena memang belum masuk musimnya, jadi nanti kita lihat pas masuk musimnya bagaimana adakah kasus atau tidak adaji.	Informal mengatakan bahwa hasil dari program sudah luamayan baik namun hasil akhirnya dapat dilihat diakhir tahun karena tahun ini belum masuk musim penghujan	Dapat disimpulkan bahwa hasil dari program dapat dilihat di akhir tahun

4. Kepala Kelurahan Adatongeng

Keberlangsungan Program Penanggulangan DBD					
No	Informasi	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
1.	Teknis program	AY	“Biasanya yang saya liat orang di Puskesmas turun kalau ada kejadian baru dia lakukan fogging toh tapi kalau survey jentik mungkin hanya beberapa rumah yang beresiko saja. Biasa nya yang kita liat itu dari surat tugas saja bilang oh ada kegiatan disana tapi biasa nya itu pi ada pi kasus baru gencar-gencar lagi	Informan mengatakan bahwa pihak puskesmas melakukan survey jentik di rumah yang berisiko saja. Dan kurang koordinasi dengan pihak kelurahan karena pihak kelurahan baru mengetahui bahwa terdapat kegiatan melalui surat tugas yang ada	Dapat disimpulkan bahwa kurangnya koordinasi antar pihak kelurahan dan pihak puskesmas dalam hal pengendalian vektor DBD

			lakukan kegiatannya”		
2.	Pelaporan Kasus	AY	“Sebenarnya kita di kelurahan ini cuman menunggu laporan ji, toh kalau ada kasus pak RW yang melapor ke kita nah nanti kita yang meneruskan ke pihak Puskesmas atau Rumah Sakit untuk tindak lanjutnya kita serahkan ke Puskesmas”	Informan mengatakan bahwa pihak kelurahan melaporkan kasus kepada puskesmas bila ketua RW membuat laporan ke pihak kelurahan.	Dapat disimpulkan bahwa pihak kelurahan meneruskan pelaporan dari ketua RW ke pihak puskesmas bila terjadi kasus.
3.	Jenis Program	AY	“Yang saya liat biasa orang di Puskesmas lakukan itu fogging cuman 1 kali tapi kan setau saya itu harus berkala jangan sampai ada yang belum jadi nyamuk pada saat itu”	Informan mengatakan bahwa program yang dilakukan puskesmas yaitu fogging yang hanya dilakukan satu kali saja	Dapat disimpulkan bahwa jenis program yaitu fogging

Evaluasi Program					
No	Informasi	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
1.	Hambatan	AY	“Orang perumnas itu rata-rata PNS jadi hambatan nya mungkin kurang respon bukan karena tidak mau tapi karena kesibukannya	Informan mengatakan bahwa yang menjadi hambatan adalah masyarakat yang kurang aktif dikarenakan kesibukan masyarakat	Dapat disimpulkan bahwa yang menjadi hambatan adalah masyarakat yang kurang aktif dikarenakan kesibukannya

			jadi sebaiknya setiap ada program itu dilakukan di sabtu-minggu dan pagi”	dan mayoritas masyarakat di Adatongeng bekerja sebagai PNS	
2.	Output dari program	AY	“untuk hasilnya yang kita bisa liat sudah mulai muncul kesadaran dari masyarakat walaupun belum semuanya yang memiliki kesadaran untuk jumlah kasus nanti kita lihat di akhir tahun ataukah meningkat atau menurun”.	Informan mengatakan bahwa hasil yang dapat dilihat adalah munculnya sedikit kesadaran dari masyarakat. Untuk hasilnya dapat kita lihat di akhir tahun.	Dapat disimpulkan bahwa hasil dari program puskesmas yaitu munculnya sedikit kesadaran dari masyarakat.

1. Kepala Kecamatan Turikale

Keberlangsungan Program Penanggulangan DBD					
No	Informasi	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
1.	Teknis program	FL	Sebenarnya leading sektor nya ini ada di Puskesmas, kita paling hanya membantu dalam hal fasilitas, membantu puskesmas dalam hal penyuluhan jadi seperti begitu ji kalau kita membantu. Kita di kecamatan hanya penyanggung apabila ada intruksi dari bupati mengenai persoalan DBD.	Informan mengatakan bahwa pihak kecamatan membantu dalam hal fasilitas dan penyanggung apabila ada informasi dari pemerintah kabupaten terkait penanggulangan DBD	Dapat disimpulkan bahwa pihak kecamatan adalah penyanggung informasi antara pihak kabupaten dan puskesmas terkait DBD
2.	Pelaporan Kasus	FL	Kalau untuk laporan kasus itu kan sudah ada kader di setiap kelurahan. Yang biasa sampai di kita itu hanya saat ada kasus KLB baru kita dikecamatan dapat laporan dan segera ditindak cepat bersama petugas puskesmas untuk melakukan fogging.	Informan mengatakan bahwa pelaporan kasus dimulai dari kader yang telah disediakan di setiap kelurahan. Namun apabila terjadi KLB pihak kecamatan bekerja sama dengan puskesmas segera mengambil tindakan	Dapat disimpulkan bahwa pelaporan kasus dimulai dari kader yang telah ada di setiap kelurahan

3.	Jenis Program	FL	Yang saya tahu itu hanya fogging, kita punya itu alat cuman sebenarnya jelek kalau itu sampai terpakai karena artinya ada kasus toh, itu bukan bentuk dari pencegahan. Tetapi kita mempunyai itu alat	Informan mengatakan bahwa jenis program hanya fogging. Namun menurut pemahamannya fogging adalah pertanda bahwa telah terjadi KLB yang sebenarnya merupakan kabar buruk	Dapat disimpulkan bahwa jenis program pengendalian DBD adalah fogging
----	---------------	----	---	---	---

Output Program					
No	Informasi	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
1.	Hambatan	FL	Kalau saya anggap semua program yang puskesmas lakukan itu berjalan dengan baik akan tetapi untuk hambatannya saya rasa kita kembalikan ke masyarakat bagaimana pola pikirnya masyarakat bahwa memang bisa disebabkan oleh kultur yang ada, karena sudah pasti berbeda pola pikir dari masyarakat yang tinggal di kota dengan yang tinggal di desa. Di	Informan mengatakan bahwa yang menjadi hambatan adalah masyarakat yang masih memiliki pemahaman yang kurang yang disebabkan oleh kultur sehingga terjadi pola pikir yang berbeda. Selain itu factor pekerjaan yang membuat masyarakat tidak dapat aktif dalam beberapa program yang disebabkan karena kesibukan dari masyarakat	Dapat disimpulkan bahwa yang menjadi hambatan adalah kurangnya pemahaman dari masyarakat dan kesibukan pekerjaan dari masyarakat

			desa itu mungkin lebih peduli, nah yang di adatongeng ini bisa dibbilang 80% itu dia pegawai mau di negeri maupun di swasta jadi untuk memperhatikan hal-hal begitu mungkin tidak dia perhatikan karena pergi pagi pulanganya sore. Tetapi untuk kordinasi dengan orang yang di Puskesmas itu saya rasa sudah sangat baik.		
2.	Output dari program	FL	“Yang saya tau sudah lumayan berkurang kasusnya tapi untuk rekapitulasi nya kan biasanya dilihat di pelaporan akhir tahun”	Informan mengatakan bahwa kasus sudah mulai berkurang namun untuk hasil akhirnya dapat dilihat pada pelaporan akhir tahun.	Dapat disimpulkan bahwa hasil dapat dilihat di pelaporan akhir tahun.

Lampiran 6 Matrik Tabel
KELOMPOK PEMBANDING

Nama	Alamat	Usia	JK	Agama	Pendidikan	Status	Pekerjaan	J.Tanggungan	Penghasilan
SU	Perumnas Tualia E 45	42-48	P	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	IRT	<4 orang	>1.250.000
SUS	Perumnas Tualia C 67	49-55	P	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	IRT	5-7 orang	Rp 1.000.000-Rp 1.250.000
SUM	Perumnas Tualia B 89	42-48	P	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	IRT	5-7 orang	Rp 1.000.000-Rp 1.250.000
SUR	Graha Azzikrul Toaha	42-48	L	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	BUMN/ BUMD	>7 orang	>1.250.000
AI	Lingkungan Tualia	21-27	P	Islam	SMA/ sederajat	Belum kawin	Mahasiswa	>7 orang	<Rp 500.000
LI	BTN Nusa Idaman Blok C 7	28-34	P	Islam	Perguruan tinggi	Kawin	IRT	>7 orang	Rp 751.000-Rp 1.000.000
SJ	BTN Nusa Idaman Blok D 13	42-48	L	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	IRT	5-7 orang	Rp 751.000-Rp 1.000.000
LND	BTN Palu Cipta Blok B 7	21-27	P	Islam	SMA/ sederajat	Belum kawin	Mahasiswa	<4 orang	<Rp 500.000
FTM	Perumnas Tualia D 7	42-48	P	Islam	SMP/ sederajat	Kawin	IRT	<4 orang	Rp 751.000-Rp 1.000.000
ANT	Lingkungan Tualia	21-27	P	Islam	Perguruan tinggi	Belum kawin	PNS/ ABRI/ Pensiunan	5-7 orang	Rp 751.000-Rp 1.000.000
AK	Adatongeng	35-41	L	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	Swasta/ pedagang	>7 orang	>1.250.000

RSM	Perumnas Tualia Blok A 11	42-48	P	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	Swasta/ pedagang	>7 orang	>1.250.000
RHM	Perumnas Tualia C 56	42-48	L	Islam	SMP/ sederajat	Kawin	Buruh Harian	5-7 orang	Rp 1.000.000-Rp 1.250.000
RA	Graha Azzikrul Toaha	35-41	P	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	IRT	5-7 orang	Rp 1.000.000-Rp 1.250.000
RU	BTN Nusa Idaman Blok D 88	42-48	L	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	Swasta/ pedagang	5-7 orang	Rp 1.000.000-Rp 1.250.000
SJ	Adatongeng	56-62	P	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	IRT	<4 orang	>1.250.000
AG	Lingkungan Tualia	21-27	L	Islam	Perguruan tinggi	Kawin	PNS/ABRI/Pensiunan	<4 orang	>1.250.000
FJR	Bonto Puasa	21-27	L	Islam	Perguruan tinggi	Kawin	PNS/ABRI/Pensiunan	<4 orang	>1.250.000
KML	Bonto Puasa	35-41	P	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	BUMN/BUMD	<4 orang	>1.250.000
KRM	Lingkungan Tualia	35-41	P	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	IRT	<4 orang	Rp 1.000.000-Rp 1.250.000
JOH	Perumnas Tualia Blok E 114	49-55	P	Islam	SMP/ sederajat	Kawin	IRT	5-7 orang	Rp 1.000.000-Rp 1.250.000
SUND	Perumnas Tualia D 81	49-55	P	Islam	SMP/ sederajat	Kawin	IRT	5-7 orang	Rp 1.000.000-Rp 1.250.000
AMR	Perumnas Tualia A 76	35-41	L	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	BUMN/BUMD	>7 orang	>1.250.000
ANW	BTN Nusa Idaman Blok D	42-48	L	Islam	SMP/ sederajat	Kawin	Buruh Harian	5-7 orang	Rp 751.000-Rp 1.000.000
ISM	BTN Nusa Idaman Blok B	28-34	L	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	Swasta/ pedagang	5-7 orang	>1.250.000

	23								
FJ	Lingkungn Tumalia	28-34	L	Islam	Perguruan tinggi	Kawin	PNS/ABRI/Pensiunan	<4 orang	>1.250.000
BD	Adatongeng	28-34	L	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	BUMN/BUMD	<4 orang	Rp 1.000.000-Rp 1.250.000
AN	BTN Nusa Idaman Blok C 34	28-34	P	Islam	Perguruan tinggi	Kawin	PNS/ABRI/Pensiunan	<4 orang	>1.250.000
WHD	Graha Azzikrul Toaha Blok A 1	42-48	P	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	Swasta/ pedagang	<4 orang	Rp 1.000.000-Rp 1.250.000
RHMT	BTN Nusa Idman C 59	49-55	L	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	Swasta/ pedagang	5-7 orang	Rp 1.000.000-Rp 1.250.000
AS	Perumnas Tumalia A 76	42-48	L	Islam	SMP/ sederajat	Kawin	Buruh Harian	5-7 orang	Rp 1.000.000-Rp 1.250.000
SY	Perumnas Tumalia Bok C 65	42-48	L	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	Swasta/ pedagang	>7 orang	>1.250.000
BHR	Graha Azzikrul Toaha	35-41	L	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	Swasta/ pedagang	5-7 orang	>1.250.000
KH	Lingkungan Tumalia	35-41	L	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	BUMN/BUMD	<4 orang	>1.250.000

1	1	1	0	1	1
1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	0
1	1	1	1	1	0
1	1	1	1	1	0
1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	0
1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1
1	0	1	1	1	1
1	1	1	1	0	1
1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	1	0
0	0	0	0	1	0

1	1	1	0	1	1
1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	0
1	1	1	1	1	0
1	1	1	1	1	0
1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	0
1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1
1	0	1	1	1	1
1	1	1	1	0	1
1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	1	0
0	0	0	0	1	0

[illegible]

[illegible]

1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	Baik
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	Baik
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	Baik
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	Baik
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	Baik
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Kurang
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	Kurang
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Kurang
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	3	Kurang
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Kurang
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	Kurang
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	Kurang
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Kurang
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Kurang
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	4	Kurang
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Kurang
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Kurang
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	Kurang
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	Kurang
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	Kurang
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	3	Kurang

Sip1	Sip2	Sip3	Sip4	Sip5	Sip6	Sip7	Sip8	Sip9	Sip10	Sip11	Sip12	Sip13	Sip14	Sip15	Sip16	Sip17	Sip18	Sip19	Sip20	Total	Kategori
2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	77	Baik
4	2	4	2	4	2	2	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	2	69	Baik
2	2	4	4	4	4	4	2	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	73	Baik
3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	59	Baik
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60	Baik
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	40	Kurang
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	40	Kurang
4	4	4	2	4	4	4	4	4	3	2	1	4	4	4	4	4	4	4	4	72	Baik
2	4	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	72	Baik
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60	Baik
2	4	4	4	2	4	4	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	73	Baik
4	2	4	2	2	2	2	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	2	67	Baik
2	2	4	1	1	4	4	2	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	66	Baik
1	3	3	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	55	Baik
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60	Baik
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	3	1	1	2	1	25	Kurang
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	Kurang
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	22	Kurang
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	23	Kurang
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	20	Kurang
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	3	1	1	1	1	2	3	26	Kurang
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	20	Kurang
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	4	1	1	2	1	26	Kurang
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	2	1	23	Kurang
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	4	1	1	4	2	1	27	Kurang

0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	Kurang
0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Kurang
0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Kurang
0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	Kurang
0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	Kurang
0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	3	Kurang
0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Kurang
0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	3	Kurang
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	Kurang
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	Kurang
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	Kurang
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	Kurang
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	Kurang
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	Kurang
0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	Kurang
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Kurang
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Kurang
0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	Kurang
0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	Kurang
0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	Kurang
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	Kurang
0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	3	Kurang

KELOMPOK INTERVENSI

Nama	Alamat	Umur	JK	Agama	Pendidikan	Status	Pekerjaan	J.Tanggung	Penghasilan
SY	Perumnas Tumalia Blok E/83	42-49	L	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	BUMN/ BUMD	5-7 orang	>1.250.000
RO	BTN.Nusa Idaman	34-41	P	Islam	SMP/ sederajat	Kawin	IRT	<4 orang	>1.250.000
HA	Lingkungan Bonto Puasa	26-33	P	Islam	Perguruan tinggi	Kawin	PNS/ABRI/Pensiunan	5-7 orang	>1.250.000
SI	Perumnas Tumalia Blok E/4	42-49	P	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	IRT		>1.250.000
AN	Jl.Garuda Maccopa	42-49	P	Islam	Perguruan tinggi	Kawin	PNS/ABRI/Pensiunan	5-7 orang	>1.250.000
RA	Bonto Puasa Blok D/4	50-57	L	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	Swasta/ pedagang	5-7 orang	Rp 1.000.000-Rp 1.250.000
AK	Bonto Puasa	42-49	L	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	Swasta/ pedagang	<4 orang	Rp 751.000-Rp 1.000.000
MSS	Perumnas Tumalia Blok D/51	50-57	L	Islam	Perguruan tinggi	Kawin	PNS/ABRI/Pensiunan	5-7 orang	>1.250.000
NU	Perumnas Tumalia Blok E/11	42-49	P	Islam	Perguruan tinggi	Kawin	IRT	5-7 orang	>1.250.000
SY	Perumahan BMI	50-57	L	Islam	Perguruan tinggi	Kawin	PNS/ABRI/Pensiunan	5-7 orang	>1.250.000
FA	Perumnas Tumalia Blok C/4	18-25	P	Islam	Perguruan tinggi	Belum kawin	IRT	<4 orang	Rp 751.000-Rp 1.000.000
NN	BTN. Nusa Idaman Blok C3/6	50-57	L	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	Swasta/ pedagang	<4 orang	>1.250.000
MP	Perumnas Tumalia D/70	42-49	L	Islam	Perguruan tinggi	Kawin	PNS/ABRI/Pensiunan	<4 orang	>1.250.000
RP	BTN. Nusa Idaman B6/3	18-25	P	Islam	SMA/ sederajat	Belum kawin	Mahasiswa	<4 orang	>1.250.000
RE	BTN. Palu Cipta Mandai	18-25	P	Islam	SMA/ sederajat	Belum kawin	Pelajar	<4 orang	>1.250.000

SA	Lingkungan Tumalia	26-33	P	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	Swasta/ pedagang	5-7 orang	>1.250.000
MA	Perumnas Tumalia Blok C/52	58-65	P	Kristen	Perguruan tinggi	Kawin	PNS/ABRI/Pensiunan	5-7 orang	>1.250.000
IK	BTN. Palu Cipta Mandai	26-33	L	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	Swasta/ pedagang	5-7 orang	>1.250.000
UL	Graha Azzikrul Toaha B/16	34-41	P	Islam	SMP/ sederajat	Kawin	IRT	>7 orang	Rp 1.000.000-Rp 1.250.000
SU	Perumnas Tumalia Blok D/82	50-57	L	Islam	SMP/ sederajat	Kawin	Swasta/ pedagang	<4 orang	>1.250.000
SA	Perumnas Tumalia Blok E/112	42-49	L	Islam	SMP/ sederajat	Kawin	IRT	>7 orang	Rp 751.000-Rp 1.000.000
RA	Perumnas Tumalia Blok E/149	26-33	P	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	Buruh Harian	<4 orang	>1.250.000
NU	Perumnas Tumalia Blok E/98	18-25	P	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	IRT	<4 orang	>1.250.000
NUR	Perumnas Tumalia Blok A/9	34-41	P	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	IRT	<4 orang	Rp 751.000-Rp 1.000.000
ALF	BTN. Nusa Idaman Blok C1/22	34-41	L	Islam	SMP/ sederajat	Kawin	Buruh Harian	<4 orang	Rp 1.000.000-Rp 1.250.000
Indah	Bonto Puasa	42-49	P	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	IRT	5-7 orang	Rp 751.000-Rp 1.000.000
SUV	Adatongeng	34-41	P	Islam	SMP/ sederajat	Kawin	Swasta/ pedagang	5-7 orang	Rp 751.000-Rp 1.000.000
RTN	Perumnas Tumalia	26-33	P	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	Swasta/ pedagang	<4 orang	>1.250.000
PT	Perumnas Tumalia Blok B/100	26-33	P	Islam	Perguruan tinggi	Belum kawin	PNS/ABRI/Pensiunan	<4 orang	>1.250.000
IDH	Perumnas Tumalia A/30	34-41	P	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	Swasta/ pedagang	5-7 orang	>1.250.000
BKR	BTN Nusa Idaman No 7	50-57	L	Islam	SMP/ sederajat	Kawin	Buruh Harian	5-7 orang	Rp 1.000.000-Rp 1.250.000
FTR	BTN Nusa Idaman B24/6	42-49	L	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	IRT	5-7 orang	>1.250.000
IND	BTN Nusa Idaman	34-41	P	Islam	SMP/ sederajat	Kawin	IRT	<4 orang	>1.250.000
ILM	Lingkungan Tumalia	42-49	L	Islam	SMA/ sederajat	Kawin	IRT	5-7 orang	>1.250.000

Pre test

Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5	Pe6	Pe7	Pe8	Pe9	Pe10	Pe11	Pe12	Pe13	Pe14	Pe15	Pe16	Pe17	Pe18	Pe19	Pe20	Total	Kategori
0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	7	Rendah
0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	10	Rendah
0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	7	Rendah
1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	11	Tinggi
1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	15	Tinggi
1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	13	Tinggi
1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	11	Tinggi
0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	13	Tinggi
1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	3	15	Tinggi
1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	10	Rendah
0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	9	Rendah
0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	12	Tinggi
1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	9	Rendah
1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	12	Tinggi
0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	12	Tinggi
0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	5	Rendah
1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	13	Tinggi
0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	6	Rendah
1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	7	Rendah
0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	8	Rendah
0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	14	Tinggi
0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	9	Rendah

0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	8	Rendah
0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	9	Rendah
0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	8	Rendah
0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	Rendah
0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	11	Tinggi
0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	9	Rendah
0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	13	Tinggi
1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	14	Tinggi
0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	11	Tinggi
1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	9	Rendah
0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	7	Rendah
0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	8	Rendah

Si1	Si2	Si3	Si4	Si5	Si6	Si7	Si8	Si9	Si10	Si11	Si12	Si13	Si14	Si15	Si16	Si17	Si18	Si19	Si20	Total	Kategori
3	3	3	1	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	3	3	47	Tinggi
2	4	3	3	2	3	1	3	3	2	3	3	2	4	2	3	3	2	3	3	54	Tinggi
3	3	4	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	56	Tinggi
4	4	3	3	3	1	1	3	3	4	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	56	Tinggi
3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	57	Tinggi
1	3	4	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	2	2	54	Tinggi
2	4	2	3	3	2	2	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	55	Tinggi
4	4	4	3	4	3	1	4	4	3	2	3	2	3	2	4	4	4	4	3	65	Tinggi
3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	55	Tinggi

3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	57	Tinggi
3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	50	Tinggi
3	3	3	3	3	4	2	4	3	2	1	4	2	3	3	4	3	2	1	3	56	Tinggi
2	3	3	4	1	3	2	3	3	2	3	2	3	2	2	3	3	2	3	2	51	Tinggi
3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	57	Tinggi
3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	57	Tinggi
3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	4	2	1	3	2	3	3	3	2	49	Tinggi
2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	4	4	51	Tinggi
3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	2	3	3	2	2	2	2	3	2	3	50	Tinggi
3	3	3	2	2	3	2	2	2	4	3	2	2	2	2	3	3	2	3	3	51	Tinggi
2	3	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	47	Tinggi
3	3	3	3	3	2	3	3	4	1	2	4	2	3	3	3	3	3	3	3	57	Tinggi
2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3	51	Tinggi
3	2	3	2	3	2	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	47	Tinggi
3	3	2	2	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	4	3	2	3	3	55	Tinggi
4	3	3	2	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	2	53	Tinggi
3	3	3	2	2	2	3	3	2	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	2	51	Tinggi
3	2	2	3	3	3	2	3	2	3	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	48	Tinggi
3	3	3	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	54	Tinggi
3	4	4	4	4	4	1	4	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	3	2	60	Tinggi
3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	55	Tinggi
2	3	2	2	3	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	49	Tinggi
3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	2	3	55	Tinggi
3	3	2	2	2	3	2	3	2	2	3	4	2	2	3	3	2	2	2	3	50	Tinggi
3	3	2	1	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	4	4	2	3	4	56	Tinggi

T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12	T13	T14	Total	Kategori
0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	5	kurang
1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	10	baik
0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	7	baik
1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	5	kurang
1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	10	baik
1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	12	baik
1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	9	baik
1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	6	kurang
1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	8	baik
1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	10	baik
1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	10	baik
1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	4	kurang
0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	5	kurang
1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	9	baik
1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	11	baik
0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	6	kurang
0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3	kurang
0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	6	kurang
0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	1	0	1	6	kurang
1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	4	kurang
1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	9	baik
0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	7	baik

[illegible]

1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	baik
1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	baik
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	kurang
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	kurang
1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	3	kurang
0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	5	baik
0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	5	baik
0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	5	baik
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	4	baik
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5	baik
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5	baik
0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4	baik
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	5	baik
1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	baik
0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	5	baik
1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	5	baik
1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5	baik
1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	5	baik
0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	5	baik
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5	baik
1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4	baik
1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5	baik
1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	4	baik
0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	5	baik
0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	4	baik
0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	5	baik



UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R

Lampiran 7

Hasil Analisis Univariat dan Bivariat

Kelompok Intervensi

Jenis kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	14	41.2	41.2	41.2
	Perempuan	20	58.8	58.8	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Kelompok umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-25	4	11.8	11.8	11.8
	26-33	6	17.6	17.6	29.4
	34-41	7	20.6	20.6	50.0
	42-49	10	29.4	29.4	79.4
	50-57	6	17.6	17.6	97.1
	58-65	1	2.9	2.9	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Agama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Islam	33	97.1	97.1	97.1
	Kristen	1	2.9	2.9	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Pendidikan terakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Perguruan tinggi	9	26.5	26.5	26.5
	SMA/ sederajat	17	50.0	50.0	76.5
	SMP/ sederajat	8	23.5	23.5	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Status perkawinan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Belum kawin	4	11.8	11.8	11.8
	Kawin	30	88.2	88.2	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PNS/ABRI/Pensiunan	7	20.6	21.2	21.2
	BUMN/BUMD	1	2.9	3.0	24.2
	Swasta/pedagang	9	26.5	27.3	51.5
	IRT	11	32.4	33.3	84.8
	Buruh Harian	3	8.8	9.1	93.9
	Mahasiswa	1	2.9	3.0	97.0
	Pelajar	1	2.9	3.0	100.0
	Total	33	97.1	100.0	
Missing	System	1	2.9		
Total		34	100.0		

Jumlah anggota keluarga yang menjadi tanggungan anda (termasuk saudara)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<4 orang	15	44.1	45.5	45.5
	5-7 orang	16	47.1	48.5	93.9
	>7 orang	2	5.9	6.1	100.0
	Total	33	97.1	100.0	
Missing	System	1	2.9		
Total		34	100.0		

Jumlah penghasilan/bulan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rp 751.000-Rp 1.000.000	6	17.6	17.6	17.6
	Rp 1.000.000-Rp 1.250.000	4	11.8	11.8	29.4
	>1.250.000	24	70.6	70.6	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Pre Test

total kategori pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	19	55.9	55.9	55.9
	Baik	15	44.1	44.1	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Total kategori sikap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	26	76.5	76.5	76.5
	Tinggi	8	23.5	23.5	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Total kategori perilaku

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	14	41.2	41.2	41.2
	Tinggi	20	58.8	58.8	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Posttest

Total kategori pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	1	2.9	2.9	2.9
	Baik	33	97.1	97.1	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

total Kategori sikap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	34	100.0	100.0	100.0

Total kategori perilaku

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	4	11.8	11.8	11.8
	Tinggi	30	88.2	88.2	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Paired Samples Statistics Pengetahuan

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	total ketegori	1.44	34	.504	.086
	Total kategori pengetahuan	1.97	34	.171	.029

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	total ketegori & Total kategori pengetahuan	34	-.196	.267

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	total ketegori - Total kategori pengetahuan	-.529	.563	.097	-.726	-.333	-5.480	33	.000

Paired Samples Statistics sikap

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	total Kategori	2.00	34	.000	.000
	Total kategori sikap	1.24	34	.431	.074

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	total Kategori & Total kategori sikap	34		

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	total Kategori - Total kategori sikap	.765	.431	.074	.614	.915	10.356	33	.000

Paired Samples Statistics perilaku

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	total kategori perilaku	1.44	34	.504	.086
	Total kategori perilaku	1.88	34	.327	.056

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	total kategori perilaku & Total kategori perilaku	34	.141	.428

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	total Kategori - Total kategori perilaku	.441	.561	.096	.637	-.245	-4.586	33	.000

Kelompok Pemandang

Jeniskelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	17	50.0	50.0	50.0
	Perempuan	17	50.0	50.0	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Agama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Islam	34	100.0	100.0	100.0

Pendidikan terakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Perguruan tinggi	6	17.6	17.6	17.6
	SMA/ sederajat	22	64.7	64.7	82.4
	SMP/ sederajat	6	17.6	17.6	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Status perkawinan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Belum kawin	3	8.8	8.8	8.8
	Kawin	31	91.2	91.2	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PNS/ABRI/Pensiunan	5	14.7	14.7	14.7
	BUMN/BUMD	5	14.7	14.7	29.4
	Swasta/pedagang	8	23.5	23.5	52.9
	IRT	11	32.4	32.4	85.3
	BuruhHarian	3	8.8	8.8	94.1
	Mahasiswa	2	5.9	5.9	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Jumlahanggotakeluarga yang menjaditanggungananda (termasuksaudara)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<4 orang	13	38.2	38.2	38.2
	5-7 orang	14	41.2	41.2	79.4
	>7 orang	7	20.6	20.6	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Jumlahpenghasilan/bulan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<Rp 500.000	2	5.9	5.9	5.9
	Rp 751.000-Rp 1.000.000	5	14.7	14.7	20.6
	Rp 1.000.000-Rp 1.250.000	12	35.3	35.3	55.9
	>1.250.000	15	44.1	44.1	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Pretest

total kategorikpengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	20	58.8	58.8	58.8
	Baik	14	41.2	41.2	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

total kategoriksikap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	24	70.6	70.6	70.6
	Tinggi	10	29.4	29.4	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

total kategorikperilaku

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	27	79.4	79.4	79.4
	Tinggi	7	20.6	20.6	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Post test

total kategorikpendidikan post

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	17	50.0	50.0	50.0
	Baik	17	50.0	50.0	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

total kategoriksikap post

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	21	61.8	61.8	61.8
	Tinggi	13	38.2	38.2	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

total kategorikperilaku post

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	22	64.7	64.7	64.7
	Tinggi	12	35.3	35.3	100.0
	Total	34	100.0	100.0	



Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	total kategorikpengetahuan	1.41	34	.500	.086
	total kategorik pengetahuan post	1.50	34	.508	.087

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	total kategorikpengetahuan& total kategori pengetahuan post	34	.837	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	total kategorikpengetahuan - total kategorik pengetahuan post	-.088	.288	.049	-.189	.012	-1.787	33	.083

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	total kategoriksikap	1.29	34	.462	.079
	total kategoriksikap post	1.38	34	.493	.085

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	total kategoriksikap & total kategoriksikap post	34	.555	.001

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	total kategoriksikap - total kategoriksikap post	-.088	.452	.077	-.246	.069	-1.139	33	.263

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	total kategorikperilaku	1.21	34	.410	.070
	total kategorikperilaku post	1.35	34	.485	.083

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	total kategorikperilaku& total kategorikperilaku post	34	.689	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	total kategorikperilaku - total kategorikperilaku post	-.147	.359	.062	-.272	-.022	-2.385	33	.063

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
 MAKASSAR

ANALISIS MEAN MEDIAN MODUS

Kelompok Intervensi

Pre test

Skoring pengetahuan

Statistics

Total

N	Valid	34
	Missing	0
Mean		10.03
Std. Error of Mean		.471
Median		9.50
Mode		9
Std. Deviation		2.747
Variance		7.545
Range		10
Minimum		5
Maximum		15
Sum		341

Total Skoring Pengetahuan (Pre)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 5	1	2.9	2.9	2.9
6	2	5.9	5.9	8.8
7	4	11.8	11.8	20.6
8	4	11.8	11.8	32.4
9	6	17.6	17.6	50.0
10	2	5.9	5.9	55.9
11	4	11.8	11.8	67.6
12	3	8.8	8.8	76.5
13	4	11.8	11.8	88.2
14	2	5.9	5.9	94.1
15	2	5.9	5.9	100.0
Total	34	100.0	100.0	

Kategorik pengetahuan

Statistics

total kategori

N	Valid	34
	Missing	0
Mean		1.44
Std. Error of Mean		.086
Median		1.00
Mode		1
Std. Deviation		.504
Variance		.254
Range		1
Minimum		1
Maximum		2
Sum		49

total kategori pengetahuan (pre)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	19	55.9	55.9	55.9
	Baik	15	44.1	44.1	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Skoring sikap

Statistics

total post

N	Valid	34
	Missing	0
Mean		31.09
Std. Error of Mean		2.311
Median		25.00
Mode		23
Std. Deviation		13.478
Variance		181.659
Range		44
Minimum		20
Maximum		64
Sum		1057

total scoring (pre)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20	2	5.9	5.9	5.9
	21	1	2.9	2.9	8.8
	22	1	2.9	2.9	11.8
	23	9	26.5	26.5	38.2
	24	3	8.8	8.8	47.1
	25	3	8.8	8.8	55.9
	26	3	8.8	8.8	64.7
	27	2	5.9	5.9	70.6
	29	2	5.9	5.9	76.5
	36	1	2.9	2.9	79.4
	49	1	2.9	2.9	82.4
	55	3	8.8	8.8	91.2
	57	1	2.9	2.9	94.1
	59	1	2.9	2.9	97.1
	64	1	2.9	2.9	100.0
Total		34	100.0	100.0	

Kategorik sikap

Statistics

Total kategorisikap

N	Valid	34
	Missing	0
Mean		1.24
Std. Error of Mean		.074
Median		1.00
Mode		1
Std. Deviation		.431
Variance		.185
Range		1
Minimum		1
Maximum		2
Sum		42

Total kategorisikap (pre)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	26	76.5	76.5	76.5
	Tinggi	8	23.5	23.5	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Skoring tindakan

Statistics

total post

N	Valid	34
	Missing	0
Mean		4.56
Std. Error of Mean		.322
Median		5.00
Mode		5
Std. Deviation		1.878
Variance		3.527
Range		11
Minimum		0
Maximum		11
Sum		155

Total scoring tindakan (pre)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	2.9	2.9	2.9
	3	3	8.8	8.8	11.8
	4	5	14.7	14.7	26.5
	5	5	14.7	14.7	41.2
	6	5	14.7	14.7	55.9
	7	3	8.8	8.8	64.7
	8	1	2.9	2.9	67.6
	9	3	8.8	8.8	76.5
	10	5	14.7	14.7	91.2
	11	2	5.9	5.9	97.1
	12	1	2.9	2.9	100.0

Total scoring tindakan (pre)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	2.9	2.9	2.9
	3	3	8.8	8.8	11.8
	4	5	14.7	14.7	26.5
	5	5	14.7	14.7	41.2
	6	5	14.7	14.7	55.9
	7	3	8.8	8.8	64.7
	8	1	2.9	2.9	67.6
	9	3	8.8	8.8	76.5
	10	5	14.7	14.7	91.2
	11	2	5.9	5.9	97.1
	12	1	2.9	2.9	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Kategorik tindakan

Statistics

total kategorik tindakan

N	Valid	34
	Missing	0
Mean		1.44
Std. Error of Mean		.086
Median		1.00
Mode		1
Std. Deviation		.504
Variance		.254
Range		1
Minimum		1
Maximum		2
Sum		49

total kategorik tindakan (pre)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	20	58.8	58.8	58.8
	Tinggi	14	41.2	41.2	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Post test

Skoring pengetahuan

Statistics

total post

N	Valid	34
	Missing	0
Mean		18.09
Std. Error of Mean		.421
Median		18.00
Mode		18
Std. Deviation		2.454
Variance		6.022
Range		15
Minimum		5
Maximum		20
Sum		615

total scoring pengetahuan (post)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 5	1	2.9	2.9	2.9
18	24	70.6	70.6	73.5
19	2	5.9	5.9	79.4
20	7	20.6	20.6	100.0
Total	34	100.0	100.0	

Kategorik pengetahuan

Statistics

Total kategoripengetahuan

N	Valid	34
	Missing	0
Mean		1.97
Std. Error of Mean		.029
Median		2.00
Mode		2
Std. Deviation		.171
Variance		.029
Range		1
Minimum		1
Maximum		2
Sum		67

Total kategoripengetahuan (post)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang	1	2.9	2.9	2.9
Baik	33	97.1	97.1	100.0
Total	34	100.0	100.0	

Skoring sikap

Statistics

Total scoring

N	Valid	34
	Missing	0
Mean		53.41
Std. Error of Mean		.693
Median		54.00
Mode		51 ^a
Std. Deviation		4.039
Variance		16.310
Range		18
Minimum		47
Maximum		65
Sum		1816

Statistics

Total scoring

N	Valid	34
	Missing	0
Mean		53.41
Std. Error of Mean		.693
Median		54.00
Mode		51 ^a
Std. Deviation		4.039
Variance		16.310
Range		18
Minimum		47
Maximum		65
Sum		1816

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Total Skoring Sikap (post)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 47	3	8.8	8.8	8.8
48	1	2.9	2.9	11.8
49	2	5.9	5.9	17.6
50	3	8.8	8.8	26.5
51	5	14.7	14.7	41.2
53	1	2.9	2.9	44.1
54	3	8.8	8.8	52.9
55	5	14.7	14.7	67.6
56	4	11.8	11.8	79.4
57	5	14.7	14.7	94.1
60	1	2.9	2.9	97.1
65	1	2.9	2.9	100.0
Total	34	100.0	100.0	

Kategorik sikap

Statistics

total Kategori

N	Valid	34
	Missing	0
Mean		2.00
Std. Error of Mean		.000
Median		2.00
Mode		2
Std. Deviation		.000
Variance		.000
Range		0
Minimum		2
Maximum		2
Sum		68

total Kategori Sikap (post)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tinggi	34	100.0	100.0	100.0

Skoring tindakan

Statistics

total post

N	Valid	34
	Missing	0
Mean		4.56
Std. Error of Mean		.322
Median		5.00
Mode		5
Std. Deviation		1.878
Variance		3.527
Range		11
Minimum		0
Maximum		11
Sum		155

total scoring tindakan (post)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	2	5.9	5.9	5.9
	1	1	2.9	2.9	8.8
	3	1	2.9	2.9	11.8
	4	9	26.5	26.5	38.2
	5	18	52.9	52.9	91.2
	7	6	5.9	5.9	97.1
	11	1	2.9	2.9	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Kategorik tindakan

Statistics

Total kategori tindakan

N	Valid	34
	Missing	0
Mean		1.88
Std. Error of Mean		.056
Median		2.00
Mode		2
Std. Deviation		.327
Variance		.107
Range		1
Minimum		1
Maximum		2
Sum		64

Total kategori tindakan (post)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	4	11.8	11.8	11.8
	Tinggi	30	88.2	88.2	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

KELOMPOK PEMBANDING

Pre test

Statistics

Total scoring pengetahuan

N	Valid	34
	Missing	0
Mean		8.68
Std. Error of Mean		1.550
Median		2.00
Mode		19
Std. Deviation		9.038
Variance		81.680
Range		20
Minimum		0
Maximum		20
Sum		295

Total skoringpengetahuan (pre)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	4	11.8	11.8	11.8
1	8	23.5	23.5	35.3
2	7	20.6	20.6	55.9
3	1	2.9	2.9	58.8
19	10	29.4	29.4	88.2
20	4	11.8	11.8	100.0
Total	34	100.0	100.0	

Statistics

total kategorikpengetahuan

N	Valid	34
	Missing	0
Mean		1.41
Std. Error of Mean		.086
Median		1.00
Mode		1
Std. Deviation		.500
Variance		.250

Range	1
Minimum	1
Maximum	2
Sum	48

total kategorikpengetahuan (pre)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang	20	58.8	58.8	58.8
Baik	14	41.2	41.2	100.0
Total	34	100.0	100.0	

Statistics

total scoring sikap

N	Valid	34
	Missing	0
Mean		34.56
Std. Error of Mean		3.832
Median		22.00
Mode		21
Std. Deviation		22.345
Variance		499.284
Range		60
Minimum		20
Maximum		80
Sum		1175

total scoring sikap (pre)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 20	4	11.8	11.8	11.8
21	11	32.4	32.4	44.1
22	5	14.7	14.7	58.8
23	3	8.8	8.8	67.6
25	1	2.9	2.9	70.6
40	2	5.9	5.9	76.5
60	3	8.8	8.8	85.3
80	5	14.7	14.7	100.0

total scoring sikap (pre)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20	4	11.8	11.8	11.8
	21	11	32.4	32.4	44.1
	22	5	14.7	14.7	58.8
	23	3	8.8	8.8	67.6
	25	1	2.9	2.9	70.6
	40	2	5.9	5.9	76.5
	60	3	8.8	8.8	85.3
	80	5	14.7	14.7	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Statistics

total kategoriksikap

N	Valid	34
	Missing	0
Mean		1.29
Std. Error of Mean		.079
Median		1.00
Mode		1
Std. Deviation		.462
Variance		.214
Range		1
Minimum		1
Maximum		2
Sum		44

total kategoriksikap (post)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	24	70.6	70.6	70.6
	Tinggi	10	29.4	29.4	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Statistics

total scoring tindakan

N	Valid	34
	Missing	0
Mean		3.68
Std. Error of Mean		.814
Median		1.00
Mode		1
Std. Deviation		4.746
Variance		22.529
Range		14
Minimum		0
Maximum		14
Sum		125

total scoring tindakan (pre)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	3	8.8	8.8	8.8
1	16	47.1	47.1	55.9
2	4	11.8	11.8	67.6
3	4	11.8	11.8	79.4
12	3	8.8	8.8	88.2
13	3	8.8	8.8	97.1
14	1	2.9	2.9	100.0
Total	34	100.0	100.0	

Statistics

total kategorik tindakan

N	Valid	34
	Missing	0
Mean		1.21
Std. Error of Mean		.070
Median		1.00
Mode		1
Std. Deviation		.410
Variance		.168
Range		1
Minimum		1
Maximum		2
Sum		41

total kategorik tindakan (pre)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	27	79.4	79.4	79.4
	Tinggi	7	20.6	20.6	100.0
	Total	34	100.0	100.0	

Post test

Statistics

total scoring pengetahuan post

N	Valid	34
	Missing	0
Mean		10.76
Std. Error of Mean		1.614
Median		12.00
Mode		20
Std. Deviation		9.413
Variance		88.610
Range		20
Minimum		0
Maximum		20
Sum		366

total scoring pengetahuan(post)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	4	11.8	11.8	11.8
1	5	14.7	14.7	26.5
2	4	11.8	11.8	38.2
3	3	8.8	8.8	47.1
4	11	2.9	2.9	50.0
20	17	50.0	50.0	100.0
Total	34	100.0	100.0	

Statistics

total kategorik pengetahuan post

N	Valid	34
	Missing	0
Mean		1.50
Std. Error of Mean		.087
Median		1.50
Mode		1 ^a
Std. Deviation		.508
Variance		.258
Range		1
Minimum		1

Maximum	2
Sum	51

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

total kategorik pengetahuan(post)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang	17	50.0	50.0	50.0
Baik	17	50.0	50.0	100.0
Total	34	100.0	100.0	

Statistics

total scoring sikap post

N	Valid	34
	Missing	0
Mean		40.44
Std. Error of Mean		3.704
Median		26.00
Mode		20
Std. Deviation		21.599
Variance		466.496
Range		57
Minimum		20
Maximum		77
Sum		1375

total skoringsikap (post)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 20	6	17.6	17.6	17.6
21	1	2.9	2.9	20.6
22	3	8.8	8.8	29.4
23	2	5.9	5.9	35.3
24	1	2.9	2.9	38.2
25	2	5.9	5.9	44.1
26	3	8.8	8.8	52.9
27	1	2.9	2.9	55.9
40	2	5.9	5.9	61.8
55	1	2.9	2.9	64.7

59	1	2.9	2.9	67.6
60	3	8.8	8.8	76.5
66	1	2.9	2.9	79.4
67	1	2.9	2.9	82.4
69	1	2.9	2.9	85.3
72	2	5.9	5.9	91.2
73	2	5.9	5.9	97.1
77	1	2.9	2.9	100.0
Total	34	100.0	100.0	

Statistics

total kategoriksikap post

N	Valid	34
	Missing	0
Mean		1.38
Std. Error of Mean		.085
Median		1.00
Mode		1
Std. Deviation		.493
Variance		.243
Range		1
Minimum		1
Maximum		2
Sum		47

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI

total kategoriksikap (post)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Rendah	21	61.8	61.8	61.8
Tinggi	13	38.2	38.2	100.0
Total	34	100.0	100.0	

Statistics

total scoring tindakan post

N	Valid	34
	Missing	0
Mean		5.47
Std. Error of Mean		.916
Median		2.00
Mode		1
Std. Deviation		5.338
Variance		28.499
Range		13
Minimum		1
Maximum		14
Sum		186

total scoring tindakan(post)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	11	32.4	32.4	32.4
2	8	23.5	23.5	55.9
3	3	8.8	8.8	64.7
11	2	5.9	5.9	70.6
12	5	14.7	14.7	85.3
13	2	5.9	5.9	91.2
14	3	8.8	8.8	100.0
Total	34	100.0	100.0	

Statistics

total kategorik tindakan post

N	Valid	34
	Missing	0
Mean		1.35
Std. Error of Mean		.083
Median		1.00
Mode		1
Std. Deviation		.485
Variance		.235
Range		1
Minimum		1
Maximum		2
Sum		46

total kategorik tindakan post

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	22	64.7	64.7	64.7
	Tinggi	12	35.3	35.3	100.0
	Total	34	100.0	100.0	



Lampiran 8 Dokumentasi Kegiatan

1. Pembagian Kuesioner



2. Survey Jentik

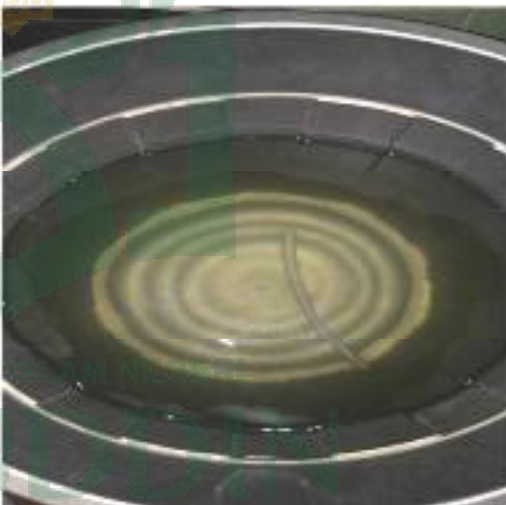


UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R

TPA positif larva Aedes. Aegepty



TPA Negatif Jentik Aedes.Aegepty



3. Wawancara



Wawancara Kepada P2DBD Puskesmas Turikale



Wawancara Kepada Penanggungjawab Kesling Puskesmas Turikale



Wawancara Kepada Kepala Puskesmas Turikale



Wawancara Kepada Pejabat Kelurahan Adatongeng



Wawancara Kepada Kepala Kecamatan Turikale

ALAUDDIN
M A K A S S A R

4. Pelaksanaan Program



DAFTAR RIWAYAT HIDUP



VIKA YULIANDIRA, akrab disapa dengan nama vika, lahir di Ujung Pandang tepatnya di Kelurahan Minasa Upa Kecamatan Rappocini pada tanggal 02 Juli 1997 yang merupakan anak ke-2 dari 3 bersaudara dari pasangan Abdul Ganing dan Halima Arief. Bertempat tinggal di BTN Minasa Upa Blok K1 No 9.

Mulai mengenyam pendidikan di SDN Minasa Upa kemudian melanjutkan pendidikan di SMP YP PGRI Disamakan Makassar sampai tahun 2012 dan memasuki bangku sekolah menengah atas di SMA Negeri 11 Makassar sampai pada tahun 2015 serta melanjutkan kuliah di Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar Jurusan Kesehatan Masyarakat dan mengambil peminatan Kesehatan Lingkungan. Selain itu pernah menjabat sebagai Ketua Bidang Pemberdayaan Perempuan pada HMJ Kesehatan Masyarakat periode 2017-2018.



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN

DINAS KESEHATAN

Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 11 Tamalaelea Tlp. (0411) 581718 Fax. (0411) 588481
MAKASSAR 90245

18 Januari 2019

Nomor : 440.5/2/004-7/Dikes
Sifat : Biasa
Lamp : -
Hal : Izin Pengambilan Data

Kepada
Yth. Kepala Bidang P2P
Dinas Kesehatan Prov Sulawesi Selatan
di-

TEMPAT

Berdasarkan Surat Wakil Dekan Bidang Akademik Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar nomor B-447/FKIK/PP.00.0/01/2019 Tanggal 16 Januari 2019. Perihal seperti di atas, maka dengan ini kami sampaikan bahwa mahasiswa berikut:

NO	NAMA	NIM	DATA
1.	Vika Yulandra	70200115010	Partisipasi Masyarakat Dalam Pengendalian Vektor Demam Berdarah Dengue dan Malaria di Daerah Provinsi Sulawesi Selatan

Bermaksud melakukan pengambilan data dalam rangka penyusunan skripsi. Untuk itu, dimohon kiranya Saudara dapat memberikan bantuan kepada yang bersangkutan selama melakukan pengambilan data.

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

PIL. KEPALA DINAS KESEHATAN
PROVINSI SULAWESI SELATAN,

Dr. dr. H. BAGHIVAR BASO, M. Kes
NIP. 19540725 200112 1 002

Tembusan :

1. Pembimbing
2. Masing-masing yang bersangkutan



8. Karpova, I. A. *Iskrennoye Serdtshe* [Sincerely]. M.: Muzika Press, 1987. 112 p. 100,000 copies.

Gowri, A. February 2019

1998

Metode	: Pengumpulan dan Pengambilan Data Awal
--------	---

Kepala Dinas Kesehatan Kab. Manok

Tempat

Sehubungan dengan penyusunan Skripsi mahasiswa jurusan Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar yang tersebut di bawah ini :

Nama : Vika Yulandra
NIM : 70200115010
Jurusan : Kesehatan Masyarakat
Judul : Partisipasi Masyarakat Dalam Pengendalian Vektor Demam Berdarah Dengue (DBD) Pada Daerah X.

maka kami mohon bantuan Bapak/Ibu agar mahasiswa tersebut dapat diberi izin untuk mengambil data.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI

W02000420

Wahana Belajar dan Akademik.



№ 19810405 200604 2 003



KEMENTERIAN AGAMA REPUBLIK INDONESIA
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN MAKASSAR
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN

Kampus 1 : Jalan Sultan Syarif Abdullatif No. 101 Makassar
Kampus 2 : Jalan M. Yakin Jember No. 36 Tegal (Jalan UPR) No. 101/102/103/104/105
Email : www.uin-alauddin.ac.id

Nomor : B-1193/FKK/PP.00.9/07/2019
Lamp : -
Hal : Permohonan izin penelitian

Gowa, 11 Juli 2019

Yth.
Gubernur Prov. Sulawesi Selatan
Cq. Kepala UPT P2T, BKPMO Prov. Sulawesi Selatan
di-
Tempat

Assalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatu

Dalam rangka penyelesaian Skripsi mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar, maka bersama ini kami mohon kesediaan Bapak, Ibu, saudara (i) memberikan rekomendasi untuk melakukan penelitian kepada mahasiswa yang tersebut di bawah ini:

Nama : Vika Yulandira
NIM : 70200115010
Program Studi : Kesehatan Masyarakat
Judul Penelitian : Partisipasi Masyarakat Dalam Pengendalian Vektor Demam Berdarah Dengue (DBD) di Wilayah Kerja Puskesmas Turukale Tahun 2019.

Dosen Pembimbing : 1. Dr. Andi Susilawaty, S.Si., M.Kes.
2. Nurdyanah S., SKM., M.Kes.

Demikian penyampaian kami, atas kesediaan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Wassalam

a.n. Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan,
Wakil Dekan Bid. Akademik

Nur Hidayah

Tembusan:
- Dekan FKIK (sebagai laporan)



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
BIDANG PENYELENGGARAAN PELAYANAN PERIZINAN

Nomor : 28814/S.81PTSP/2019
Lampiran :
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth.
Bupati Maros

Tempat

Berbecaskan surat Deklarasi Pak, Keadaharhan dan Beru Keadaharhan 100 Alaudin Makassar Nomor
: B-2339/FK3K/PP.00.567/2019 tanggal 30 Juli 2019 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini

Nama : YSKA YULSANDIRA
Nomor Pokok : 30000110010
Program Studi : Kesehatan Masyarakat
Pekerjaan/Lembaga : Mahasiswa(S1)
Alamat : J. H. M. Yasin Limpo No. 56, Sanata Gowa

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan Skripsi, dengan
judul :

**" PARTISIPASI MASYARAKAT DALAM PENGENDALIAN VEKTOR DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS TURSALE TAHUN 2019 "**

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. 21 Agustus s/d 21 Oktober 2019

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami menyambut kegiatan dimaksud dengan
ketertarikan yang luhur di belakang surat izin penelitian.

Demiikian Surat Keterangan ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI

Dibuatkan di Makassar
Pada tanggal : 21 Juli 2019

A.S. GUBERNUR SULAWESI SELATAN
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU
PINTU PROVINSI SULAWESI SELATAN
Sekretaris Koordinator Pelayanan Perizinan Terpadu



A. M. YAMIN, SE., MS.
Pangkat : Pembina Utama Madya
No. : 19610513 199002 1 002

Terselamatkan Yth.
1. Deklarasi Pak, Keadaharhan dan Beru Keadaharhan 100 Alaudin Makassar di Makassar
2. Perizinan



PEMERINTAH KABUPATEN MAROS
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
Jl. Soekarno No. 1 Telp. (0411) 701 000 Kabupaten Maros
 email: adnan@kabmaros.go.id Website: www.kabmaros.go.id

IZIN PENELITIAN

Nomor: 430/VIII/SP/DPMPTSP/2019

DASAR HUKUM :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 tahun 2002 tentang Sistem Nasional Penelitian, Pengembangan, dan Penerapan Ilmu Pengetahuan Teknologi.
2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah Negeri Nomor 64 Tahun 2013 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah.
3. Peraturan Bupati Maros Nomor 10 Tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah Negeri Nomor 64 Tahun 2013 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah.

Dengan ini memberikan izin Penelitian kepada :

Nama	: SIKA YULIANTEKA
Nomor Pokok	: 79.00013010
Tempat/Tgl lahir	: 8/5/1995 PONSONNO / 02 Juli 1997
Jenis Kelamin	: Pria
Pekerjaan	: MALANGKARA
Alamat	: RTN MINASA TUKALEK K1 NO. 9 MAKASSAR
Tempat Meneliti	: 1. UPT PANGKASIAN TUKALEK 2. SPKAMATAN TUKALEK 3. KEPERAWATAN ADATONGENG

Maksud dan Tujuan pengalakan penelitian dalam rangka Penelitian Skripsi dengan judul :

"PARTISIPASI MASYARAKAT DALAM PENGENDALIAN VEKTOR DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) DI WILAYAH KERJA PUSKEMAS TUKALEK KABUPATEN MAROS TAHUN 2019"

Lampiran Penelitian : 12 Agustus 2019 s.d 31 Oktober 2019

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Menjamin semua persyaratan persyaratan, sedangkan yang berlaku, serta menghemati biaya penelitian yang ada.
2. Penelitian tidak akan mengancam atau merugikan siapa yang diberikan.
3. Menjamin tidak ada biaya yang harus dibayar kepada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Maros.
4. Syarat izin penelitian ini diberikan untuk penelitian yang berlaku, termasuk penelitian lain yang ada, tidak merugikan kepentingan penelitian tersebut.

Dengan ini Penelitian ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.



Makassar, 12 Agustus 2019
ADNAN, S. S., S. S., S. S.
 Pejabat Tk. 1
 Np : 06721108 000202 1 001

Ditandatangani Kepala Stb :

1. Ketua Jaringan Kesehatan Masyarakat Publikasi Kesehatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar
2. Aswip